

## FORMULARIO PUBERTAD - PRECOZ - CENTRAL

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nº de Afiliado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  F  M  X

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento Solicitado: \_\_\_\_\_

## Antecedentes de enfermedad actual:

- Edad de inicio de la primera manifestación: \_\_\_\_\_
- Motivo de consulta inicial (primer signo de sospecha del cuadro): \_\_\_\_\_
- Antecedentes familiares de Pubertad Precoz:  SI  NO

## Estado actual:

- Escala de Taner (completar estadio actual):
 

Mamas: _____	Vello Púbico: _____	<input type="checkbox"/>	Estable	<input type="checkbox"/>	Progresivo
Testículos: _____	Vello Púbico: _____	<input type="checkbox"/>	Estable	<input type="checkbox"/>	Progresivo
- Velocidad de crecimiento:
 

Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_ cm/año
- Otras comorbilidades:
 \_\_\_\_\_

## Estudios realizados:

## • Imágenes:

1) Ecografía ginecológica abdominal. Fecha: \_\_\_\_\_

a) Longitud máxima del útero: \_\_\_\_\_

b) Relación cuello/cuerpo uterino:  3: 1  1: 1

c) Otros: \_\_\_\_\_

2) Radiografía de mano y muñeca izquierdas (EO = Edad ósea; EC = Edad cronológica):

Informe: Fecha: \_\_\_\_\_  EO acorde a EC  EO mayor a EC  EO menor a EC3) R.M.N. de S.N.C.: realizada  NO  SI Fecha: \_\_\_\_\_Informe:  Sin hallazgos patológicos  Con alteraciones

## FORMULARIO PUBERTAD - PRECOZ - CENTRAL

• Laboratorio hormonal:

1) Determinaciones Basales:

Hormonas	Valor Niñez	Valor Puberal	Fecha	No realiza
Estradiol			____/____/____	
Testosterona			____/____/____	
DHEAS			____/____/____	
LH			____/____/____	
FSH			____/____/____	
PRL			____/____/____	

Interpretación de resultados basales:

2) Prueba de Gonadotrofinas post estimulación con análogo de GnRH

Gonadotrofinas:	Basal	30 minutos post GnRH	60 minutos post GnRH

Interpretación del resultado de la prueba:

Tratamiento Solicitado:

- Triptorelina:  mensual  trimestral  Dosis  
 Leuprolide  Dosis  
 Otro: \_\_\_\_\_

Plan terapéutico:

- Justificativo médico: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO PUBERTAD - PRECOZ - CENTRAL

- Tiempo esperado de tratamiento: \_\_\_\_\_
- Parámetros para evaluar respuesta terapéutica: \_\_\_\_\_
- Criterios de suspensión del tratamiento: \_\_\_\_\_

**Aclaraciones:** Para poder evaluar el pedido de tratamiento, Auditoria Médica requiere esta Planilla completa y acompañada de copia de los informes de los estudios mencionados (estado actual y diagnóstico de certeza) sin excepción.

En caso de corresponder, el tratamiento será autorizado por un período de 6 (seis) meses, que se podrá renovar por períodos iguales, en función de la respuesta terapéutica obtenida.

**Documentación semestral necesaria para evaluar continuidad de tratamiento:**

1. Resumen de Historia Clínica con detalle de Taner actualizado y Curva de crecimiento del semestre inmediato anterior.
2. Informe de estudios: Laboratorio hormonal (basal) y ecografía ginecológica abdominal.
3. Informe de Rx de edad ósea (anual).

Tel. de Contacto del médico: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL