



FORMULÁRIO DE ACESSO AO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO Paciente Criança ou Adolescente

(PORTARIA CONJUNTA Nº 28, de 30 de novembro 2018, do MINISTÉRIO DA SAÚDE)

DATA: ____ / ____ / ____

CID: E23.0

IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____ Estatura da mãe: _____

NOME DO PAI: _____ Estatura do pai: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ SEXO: M () F ()

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

DADOS PESSOAIS (Deverá ter todos os itens preenchidos pelo médico assistente)

Local do nascimento: Hospitalar ☐ Domiciliar ☐
Assistência ao parto: Médico ☐ Não Médico ☐
Tipo de parto: Cefálico ☐ Pélvico ☐ Fórceps ☐ Cesáreo ☐
Peso: _____ Comprimento _____ Idade gestacional: _____

Complicações:

. Gestacionais: ☐ não ☐ sim Precisar: _____
. Obstétricas: ☐ não ☐ sim Precisar: _____
. Neonatais: ☐ não ☐ sim Hipoglicemia ☐ Infecção ☐ Micropênis ☐
Icterícia ☐ Criptorquidia ☐ Convulsão ☐
Hipóxia ☐ Outras: _____
Idade em que foi notado o atraso do crescimento _____

INDICAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO DE DEFICIÊNCIA DE GH

MARCAR COM UM "X" A SITUAÇÃO CORRESPONDENTE AO CASO. SE SÍNDROME DE TURNER, NÃO PREENCHER.

- () Baixa estatura grave, definida como estatura (comprimento/altura) inferior – 3 desvios-padrão (z-score = -3) da curva da Organização Mundial de Saúde.
- () Baixa estatura, definida como estatura entre -3 e -2 desvios-padrão (z-score = -2 a -3) da estatura prevista para a idade e sexo, associada à redução na velocidade de crescimento, definida como velocidade de crescimento inferior ao percentil 25 da curva de velocidade de crescimento;
- () Estatura acima de -2 desvios-padrão para idade e sexo, associada a uma baixa velocidade de crescimento (abaixo – 1 desvio-padrão da curva de crescimento em 12 meses);
- () Presença de condição predisponente como lesão intracraniana e irradiação do sistema nervoso central;
- () Deficiência de outros hormônios hipofisários;
- () Sinais e sintomas de deficiência de GH/hipopituitarismo no período neonatal (hipoglicemia, icterícia prolongada, micropênis, defeitos de linha média).



DADOS CLÍNICOS - LABORATORIAIS (Deverá ter todos os itens preenchidos pelo médico assistente)

DADOS CLÍNICOS

	1ª consulta	2ª consulta	Última consulta
DATA			
ESTATURA (cm)			
ESTATURA (desvio padrão)			
PESO			
IDADE			
IDADE ÓSSEA			
Estágio Puberal (Tanner)			
Volume Testicular (em ml)			

Anexar cópia da curva de crescimento e última idade óssea (< 90 dias radiografia com laudo).

Comentários adicionais (de forma objetiva)

- Desenvolvimento neuropsicomotor: _____
- Patologias associadas: _____
- Alterações ao exame físico: _____
- Medicamentos em uso (informar data de início e dose): _____

EXAMES LABORATORIAIS

A) Exames Gerais - até 90 dias (anexar cópias) (afastar doenças crônicas)

Hemograma: _____ Glicemia: _____

Creatinina: _____ Cálcio: _____ Fósforo: _____ Fosfatase alcalina: _____

Proteínas Totais: _____ Albumina: _____ Prolactina _____

IGF-1: _____ IGFB-3 (se possível): _____

Cariótipo (para o sexo feminino): _____

B) Avaliação Somatotrópica

Teste	Data	Método	Estímulo	GH basal	Pico de GH	<Glicemia*
1						
2						

* Se teste de estímulo com insulina

Nota Técnica: a) **meninas com idade a partir de 10 anos** e estágio puberal abaixo de M3 de Tanner deverão receber β estradiol na dose de 1 mg para meninas com peso menor de 20 Kg e β estradiol 2 mg para maiores de 20 Kg, via oral, 2 doses, administradas nas 2 noites antes da realização do teste; b) **meninos com idade a partir de 11 anos** e estágio puberal abaixo de P3 de Tanner cipionato de testosterona 50-100 mg IM, 1 semana antes da realização do teste.

Para confirmação do diagnóstico de deficiência de GH são necessários dois testes de estímulo farmacológico com datas e estímulos diferentes com valores de pico de GH < 5 ng/mL, nos métodos que utilizam anticorpos monoclonais, como quimioluminescência e imunofluorimetria.



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Diretoria de Assistência Farmacêutica

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

C) Avaliação Tireotrópica (exame recente < 90 dias):

T4 livre: _____ TSH: _____

D) Avaliação Corticotrópica (em caso de pacientes com suspeita de deficiência hipofisária múltipla)

ACTH (se possível): _____ Cortisol : _____

E) Avaliação Gonadotrópica (pacientes em idade puberal)

LH: _____ FSH _____ Testosterona (Sexo Masculino) _____ Estradiol (Sexo Feminino) _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Radioterapia: ☐ não ☐ sim (anexar relatório com doses, duração e extensão) _____

Quimioterapia ☐ não ☐ sim (anexar relatório com drogas/doses/duração) _____

Neurocirurgia ☐ não ☐ sim. Informar data/complicações _____

EXAMES ADICIONAIS (anexar laudo)

A) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE HIPÓFISE COM CONTRASTE ☐ não realizada ☐ normal ☐ anormal: _____

DIAGNÓSTICO

A) Deficiência de GH

☐ Familiar. Quem mais ? _____

☐ Isolada ☐ Associada ☐ Tireotrópica
☐ Corticotrópica
☐ Gonadotrópica
☐ Diabetes insipidus

Etiologia da Deficiência de GH

☐ Idiopática

☐ Orgânica: Congênita ☐ Qual? _____

Adquirida ☐ Qual? _____



TRATAMENTO COM GH RECOMBINANTE

DOSE PRETENDIDA PARA O SEMESTRE () Unidades/semana

- Anexar receita médica em 02 (duas) vias

Carimbo e assinatura do médico assistente

Telefone para contato

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO: **Deferido** () **Indeferido** ()

() Unidades/semana () Unidades (x 13) por trimestre

() Frascos de _____ unidades por trimestre

Carimbo e assinatura do médico avaliador

/ /
DATA