

**SCHEMA DI SEGNALAZIONE DI DIAGNOSI E PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO CON ORMONE DELLA CRESCITA (GH) PER SOGGETTI NATI SGA****Informazioni Relative al Paziente**

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Et  anni mesi

Indirizzo _____

ASL di residenza dell'assistito _____ Provincia _____

Regione _____ Medico curante _____

Criteri diagnostici per definire un nato SGA (Centili INeS; Bertino et al., JPGN 2010;52:353-361)Data di nascita ____/____/____ Sesso M ☐ F ☐ Settimane di gestazione _____

Peso alla nascita (Kg): _____ SDS-Peso: _____

Lunghezza (cm) _____ SDS Lunghezza _____

Circonferenza Cranica alla nascita (cm): _____ SDS Circonferenza cranica: _____

Autorizzazione alla prescrizione ottenuta in data: _____ da: _____

Dati auxologici all'inizio della terapiaData: _____ Et : anni mesi Et  Ossea _____

Peso (Kg): _____ Altezza (cm): _____ SDS-Altezza: _____

Velocit  di crescita: _____ SDS-Velocit  di crescita*: _____ Target genetico: _____

Stadio puberale: _____

Dati di laboratorio alla diagnosi

IGF-1: _____ IGFBP-3: _____

Dati auxologici al follow up (mesi: + _____)Data: _____ Et :anni mesi Et  Ossea*: _____

Peso (Kg): _____ Altezza (cm): _____ SDS-Altezza: _____

Velocit  di crescita: _____ SDS-Velocit  di crescita*: _____

Stadio puberale: _____

Dati di laboratorio al follow up (mesi: + _____)

IGF-1*: _____ IGFBP-3*: _____

Centro di prescrizione

Medico Specialista Prof/Dr: _____ Ospedale/Universit  _____

Regione _____ Indirizzo: via _____ n. _____

CAP _____ Provincia _____ N.di telefono _____ FAX _____

Programma terapeutico:

Farmaco prescritto: _____

Posologia: Dose/die per n  di gg a settimana _____

Durata prevista del trattamento**: _____

Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della cura ☐**Data**

____/____/____

Timbro del Centro**Timbro e Firma del Medico prescrittore**

Da redigere in quadruplica copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza ed al medico che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.

*Indicazioni non obbligatorie ad ogni prescrizione, ma obbligatorie 1 volta/anno

**Durata massima: 6 mesi