



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

**FICHA CADASTRAL PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM HORMÔNIO
DO CRESCIMENTO PARA CRIANÇAS**

1) IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO PACIENTE:.....

PROCEDÊNCIA DO PACIENTE:.....

SEXO: FEMININO () MASCULINO ()

DATA DE NASCIMENTO:

RESPONSÁVEL:

TELEFONE:

2) DADOS PESSOAIS:

*CRESCIMENTO NOS ÚLTIMOS ANOS (ANEXAR XEROX DA CURVA DO
CRESCIMENTO)*

DATA	IDADE CRONOLÓGICA	PESO	ESTATURA	Z-SCORE ESTATURA	VELOCIDADE DE CRESCIMENTO	IDADE ÓSSEA	PREVISÃO ESTATURAL

B) RESUMO DE ANAMNESE

HDA:

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS (condições de nascimento, peso, estatura, idade gestacional, apgar, apresentação ao nascimento, intercorrências neonatais):

ANTECEDENTES PESSOAIS PATOLÓGICOS:



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

ANTECEDENTES FAMILIARES (incluir informações sobre estatura do pai e da mãe):

C) EXAME FÍSICO GERAL:

Cabeça e pescoço:

Tórax e abdome:

Extremidades:

Estadiamento puberal de Tanner:

Estigmas:

3) AVALIAÇÃO LABORATORIAL: (anexar xerox de todos os exames)

A) Exame parasitológico de fezes

() negativo

() positivo para

B) Hemograma:

Hemácias Hemoglobina

Hematócrito Leucócitos

C) EXAMES BIOQUÍMICOS:

Glicose..... Uréia..... Creatinina.....

Proteínas totais Albumina Globulina.....

Cálcio Fósforo Fosfatase alcalina.....

Colesterol total HDL..... Triglicerídios.....

LDL..... TGP..... TGO.....

4) AVALIAÇÃO ENDOCRINOLÓGICA

A) PROVAS DE FUNÇÃO TIREOIDEANA E GONADAL (esta última para pacientes com idade óssea acima de 10 anos)

TSH basal(VN) T4 livre (VN)

FSH (VN.....) LH (VN)

Testosterona(VN) Estradiol (VN)

IGF-1..... (VN)



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

B) TESTES DE ESTÍMULO DO GH

TEMPO	INSULINA		CLONIDINA	GLUCAGON
	GH	GLICOSE		
0 min				
15 min				
30 min				
60 min				
90 min				
120 min				

Dose de medicamento usada: “prime” utilizado:

5) ESTUDOS RADIOLÓGICOS

A) Ressonância Nuclear de Sela Túcica:
.....
.....

Data do exame

B) Idade óssea: Data do exame

6) CARIÓTIPO:

OBSERVAÇÕES:

Data :

.....

Assinatura e Carimbo do médico