

Unitatea Sanitara.....

Catre:

Comisia de endocrinologie a CASMTCT

### FISA DE REEVALUARE TRATAMENT CU SOMATROPINUM

**DATE GENERALE:**

NUME:.....

PRENUME:.....

VARSTA:.....

CNP: .....

CRITERII DE REEVALUARE data	INITIAL .....	LA 3 LUNI (dupa caz) .....	LA 6 LUNI (obligatoriu cu analize medicale) .....	LA 9 LUNI (dupa caz) .....
INALTIME(cm)	X	X	X	X
GREUTATE (KG)	X	X	X	X
IGFI(ng/ml)	X		X	
Hb	X		X	
L	X		X	
GLICEMIE	X		X	
UREE	X		X	
CREATININA	X		X	

Nota. Se completeaza doar casutele bifate

REACTII ADVERSE:.....

.....

**REZULTATUL REEVALUARII:**

- mentinerea dozei actuale  
 ajustarea dozei la....., timp de .....  
 oprirea temporara a tratamentului pe o perioada de .....  
 oprirea definitiva a tratamentului

DATA.....

 MEDIC CURANT  
 (semnatura si parafa)