

EVALUATION FINALE COPRESCRIPTION GnRH/GH



Administratif :

Nom/prénom/ date de naissance :

Médecin responsable/centre :

Date de présentation en RCEMP :

Date de l'évaluation finale :



Puberté et croissance :

Poids Taille Stade pubertaire..... Date premières règles (F)

Dernier âge osseux : date Estimation :

Vitesse de croissance sur la dernière année ou *Taille à - 6 mois*

Date de début des analogues (Poids..... Taille Age osseux)

Date d'arrêt des analogues (À l'arrêt :Poids..... Taille Age osseux)

Date de début de GH (Poids..... Taille Age osseux)

Date d'arrêt de la GH (À l'arrêt :Poids..... Taille Age osseux)

Vitesse de croissance sur la dernière année ou *Taille à - 6 mois*



Évaluation osseuse :

Présence de Scoliose : Non Oui

Antécédents de fracture : Non Oui Date

Résultats DMO (DS) : Z-score rachis L1-L4 Z-score Col fémoral

Supplémentation vitamine D Non tous les 3 mois tous les 6 mois tous les ans

Autre évènement osseux



Évaluation métabolique :

TA lors de cette visite Ou présence d'une HTA : Non Oui

Tour de taille/ Taille :

Acanthosis nigricans : Non Oui

Glycémie à jeun mmol/L Insulinémie mUI/L

HbA1c% Si anomalies précision (HPO ?traitement ?)

LDL (g/L) Triglycérides (g/L)..... HDL (g/L)

Cytolyse hépatique : Non Oui Si anomalies précision (écho ? étiologie ?)



Evaluation hypophysaire:

IGF1 (ng/mL) IGFBP3 (nmol/L)
TSH (mUI/L) T4libre (pmol/L)



Gynécologie

Anomalie du cycle. Non Oui Si oui précision
Hirsutisme Non Oui Score de Ferriman
SDHEA (ng/ml) Delta 4 (ng/ml) Testosterone (ng/ml).....
Si réalisé échographie pelvienne :



Electrocardiographie ECG :

Présence d'un QT long

- ➔ avant traitement par aGnRH Non Oui Si oui : QTc = ms
- ➔ sous traitement par aGnRH Non Oui Si oui : QTc = ms
- ➔ après arrêt du traitement par aGnRH: Non Oui Si oui : QTc = ms

Autre anomalie à l'ECG : préciser



Autres informations :

Autre(s) traitement(s). Non Oui Si oui précision

Diagnostic final du retard de croissance

Autres remarques

Score de qualité de vie PedSQL

Adolescents

Parents

PRESCRIPTION EXAMEN HDJ

- Évaluation clinique / Examen pubertaire (scoliose, date de la ménarche/score de Ferriman/acanthosis/ tour de taille, Tension ...)

- Ostéodensitométrie osseuse

- Bilan sanguin : ionogramme, urée, créatinémie, bilan hépatique, HbA1c, glycémie, insulinémie, HDL, LDL, Triglycérides, TSH, T3, T4, IGF1, IGFBP3, SHDEA, testostérone totale, Delta 4

- ECG

- Échographie pelvienne si trouble du cycle

- Questionnaire de qualité de vie PedsQL