

S. I. E. D. P.
GRUPPO DI STUDIO DELLA SINDROME DI TURNER

PROTOCOLLO DI STUDIO
SENSIBILITA' ALL'INSULINA E ACANTOSI NIGRICANS NELLE PAZIENTI CON
ST E STATURA FINALE

CENTRO _____

Data compilazione |__|__||__|__||__|__|

DATI ANAGRAFICI DELLA PAZIENTE

COGNOME E NOME (INIZIALI) |__|__|__| |__|__|__|

DATA DI NASCITA |__|__||__|__||__|__|

LUOGO DI NASCITA (PROV.) |__|__|

CARIOTIPO STANDARD* *(In caso di mosaicismo specificare percentuali) DATA |__|__||__|__||__|__|

CARIOTIPO mediante FISH* DATA DI ESECUZIONE |__|__||__|__||__|__|

ANAMNESI FAMILIARE

MADRE

PADRE

STATURA (cm) (misurata) |__|__|__|,|__|__| |__|__|__|,|__|__|

PERIODO NEONATALE

PESO (g) |__|__|__|__| LUNGHEZZA (cm) |__|__| CRF. CRANICA (cm) |__|__|

STIGMATE TURNERIANE:

- ESPRESSIONE MINORE |__| MODERATA |__| SEVERA |__|

VISO:

- PTOSI E/O EPICANTO SI |__| NO |__| NON SO |__|

- MICROGNAZIA E/O PALATO OGIVALE SI |__| NO |__| NON SO |__|
- ORECCHIE GRANDI E/O SI |__| NO |__| NON SO |__|
BASSO-IMPIANTATE, RETRORUOTATE

COLLO

- CORTO, LARGO SI |__| NO |__| NON SO |__|
- PTERIGIUM COLLI SI |__| NO |__| NON SO |__|

TORACE

- LARGO A SCUDO E/O TELETELIA SI |__| NO |__| NON SO |__|
- SPALLE LARGHE SI |__| NO |__| NON SO |__|

ARTI

- CUBITO VALGO SI |__| NO |__| NON SO |__|
- IV METACARPO E/O METATARSO SI |__| NO |__| NON SO |__|
CORTO

CUTE

- LINFEDEMA SI |__| NO |__| NON SO |__|
- NUMEROSI NEVI SI |__| NO |__| NON SO |__|
- CHELOIDI SI |__| NO |__| NON SO |__|

TERAPIA CON GH SI NO

DATA INIZIO GH

DATA STOP GH

DATI AUXOLOGICI preterapia GH

DATA VALUTAZIONE

ETA' CRONOLOGICA (anni, mesi in decimali) ,

STATURA (cm) ,

DATI AUXOLOGICI INIZIO GH

DATA VALUTAZIONE

ETA' CRONOLOGICA (anni, mesi in decimali) ,

STATURA (cm) ,

DATI AUXOLOGICI STOP GH

DATA VALUTAZIONE

ETA' CRONOLOGICA (anni, mesi in decimali) ,

STATURA (cm) ,

STATURA DEFINITIVA

DATA VALUTAZIONE

ETA' CRONOLOGICA (anni, mesi in decimali) ,

STATURA (cm) ,

DIAGNOSI DI ACANTOSIS NIGRICANS NO SI Data:

SCHEDA DA COMPILARE IN PAZIENTI CON ACANTOSI NIGRICANS

DIAGNOSI DI ACANTOSIS NIGRICANS NO |__| SI |__| Data: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Età della paziente alla valutazione |__|_|_|_|_|_|_|_|_|
- STATURA (cm) |__|_|_|_|_|_|_|_|_|
- PESO (Kg) |__|_|_|_|_|_|_|_|_|
- BMI |__|_|_|_|_|_|_|_|_|
- IPERTENSIONE SISTOLICA SI |__| NO |__|
DIASTOLICA SI |__| NO |__|
- LESIONI DA ACANTOSIS NIGRICANS: SI |__| NO |__|

COLLO SI |__| NO |__|

ASCELLE SI |__| NO |__|

INGUINE SI |__| NO |__|

ALTRE SUPERFICI FLESSORIE SI |__| NO |__| QUALI _____

- Consulenza dermatologica _____

- Biopsia cutanea SI |__| NO |__|

- Esame istologico _____

CARATTERISTICHE CLINICHE E VISCERALI AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI DI AN:

- IGF-1 (ng/mL) _____ valori normali di riferimento (ng/mL) _____

- ANOMALIE FUNZIONALITA' EPATICA (GOT, GPT, γ GT)

GOT (U/L) _____ valori normali di riferimento (U/L) _____

GPT (U/L) _____ valori normali di riferimento (U/L) _____

γ GT (U/L) _____ valori normali di riferimento (U/L) _____

- ANOMALIE METABOLISMO GLUCIDICO (HbA1C, HOMA-R, HOMA-S, MATSUDA, OGIS)

HbA1c (%) _____ valori normali di riferimento (%) _____

Glicemia basale (mg/dl) _____ valori normali di riferimento(mg/dl) _____

Insulina basale (microU/ml) _____ valori normali di riferimento(microU/ml) _____

OGTT:

glicemia (mg/dl)

0' |__|__|__| 30' |__|__|__| 60' |__|__|__| 90' |__|__|__| 120' |__|__|__| 180' |__|__|__|

insulina (microU/ml)

0' |__|__|__| 30' |__|__|__| 60' |__|__|__| 90' |__|__|__| 120' |__|__|__| 180' |__|__|__|

- ECOGRAFIA ADDOME

Data |__|__|__| |__|__|__| STEATOSI EPATICA SI |__| NO |__|

Note _____

- POSITIVITA' AUTOANTICORPI

NO |__| SI |__| quali? _____

-TERAPIA CON GH

NO |__| SI |__| DOSE (mg/m2/settimana) _____

DURATA (aa) _____

-TERAPIA ESTROPROGESTINICA

NO |__| SI |__| DURATA (aa) _____

-TERAPIA IPOGLICEMIZZANTE

NO |__| SI |__| Farmaco _____

DURATA (aa) _____

SCHEDA DA COMPILARE IN PAZIENTI SENZA ACANTOSI NIGRICANS

- Et  della paziente alla valutazione |__|__|__|__| DATA |__|__|__|__|__|__|

- STATURA (cm) |__|__|__|,|__|

- PESO (Kg) |__|__|,|__|

- BMI |__|__|,|__|

- IPERTENSIONE SISTOLICA SI |__| NO |__|

 DIASTOLICA SI |__| NO |__|

CARATTERISTICHE CLINICHE E VISCERALI AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE:

- IGF-1 (ng/mL) _____ valori normali di riferimento (ng/mL) _____

- FUNZIONALITA' EPATICA (GOT,GPT, γ GT)

GOT (U/L) _____ valori normali di riferimento (U/L) _____

GPT (U/L) _____ valori normali di riferimento (U/L) _____

γ GT (U/L) _____ valori normali di riferimento (U/L) _____

- METABOLISMO GLUCIDICO (HbA1C, HOMA-R, HOMA-S, MATSUDA, OGIS)

HbA1c (%) _____ valori normali di riferimento (%) _____

Glicemia basale (mg/dl) _____ valori normali di riferimento(mg/dl) _____

Insulina basale (microU/ml) _____ valori normali di riferimento(microU/ml) _____

OGTT:

glicemia (mg/dl)

0' |__|__|__| 30' |__|__|__| 60' |__|__|__| 90' |__|__|__| 120' |__|__|__| 180' |__|__|__|

insulina (microU/ml)

0' |__|__|__| 30' |__|__|__| 60' |__|__|__| 90' |__|__|__| 120' |__|__|__| 180' |__|__|__|

- ECOGRAFIA ADDOME

Data |__|__||__|__||__|__|

STEATOSI EPATICA

SI |__|

NO |__|

Note_____

- POSITIVITA' AUTOANTICORPI

NO |__| SI |__| quali?_____

-TERAPIA CON GH

NO |__| SI |__| DOSE (mg/m2/settimana)_____

DURATA (aa)_____

-TERAPIA ESTROPROGESTINICA

NO |__| SI |__| DURATA (aa)_____

-TERAPIA IPOGLICEMIZZANTE

NO |__| SI |__| Farmaco_____

DURATA (aa)_____