

Scheda di registrazione

Accrescimento staturo-ponderale nei bambini trattati per craniofaringioma

NOME (INIZIALI)..... COGNOME (INIZIALI).....

DATA DI NASCITA..... ETA' GESTAZIONALE.....

PESO NEONATALE.....

ALTEZZA e PESO A: 12 mesi (età esatta.....).....cmkg.....
24 mesi (età esatta.....).....cmkg.....
36 mesi (età esatta.....).....cmkg.....
4 anni (età esatta.....).....cmkg.....
5 anni (età esatta.....).....cmkg.....
6 anni (età esatta.....).....cmkg.....
7 anni (età esatta.....).....cmkg.....
8 anni (età esatta.....).....cmkg.....
9 anni (età esatta.....).....cmkg.....
10 anni (età esatta.....).....cmkg.....
11 anni (età esatta.....).....cmkg.....
12 anni (età esatta.....).....cmkg.....
13 anni (età esatta.....).....cmkg.....
14 anni (età esatta.....).....cmkg.....
15 anni (età esatta.....).....cmkg.....

Età DIAGNOSI CRANIOFARINGIOMA.....anno diagnosi.....

DESCRIZIONE RMN DEL CRANIOFARINGIOMA (ENDOSELLARE, SOPRASELLARE,
ESTENSIONE.....)

.....
.....
.....

TIPO DI INTERVENTO CHIRURGICO (VIA TRANSCRANICA, TRANSFENOIDALE...)

.....

ESITO DELL'INTERVENTO (RIMOZIONE PARZIALE DEL CF, TOTALE, ISTOLOGIA)

.....

RADIOTERAPIA? TIPO (CONVENZIONALE, STEREOTASSICA, GAMMA KNIFE)

cGy.....

.....

ALTEZZA E PESO alla diagnosi cm.....kg.....ph.....B/T.....

Valutazione post terapia (PAGINA DA COMPILARE PER OGNI CONTROLLO DISPONIBILE)

Età.....cm.....kg.....ph.....B/T.....

Pressione arteriosa/..... mm/Hg

TSH.....(v.n.....) FT3.....(v.n.....) FT4.....(v.n.....)

ACTH.....(v.n.....) Cortisolo.....(v.n.....) DHEA.....(v.n.....)

DHEA-S.....(v.n.....) DELTA4 A.(v.n.....)

Testosterone.....(v.n.....) PRL.....(v.n.....)

GH picco (test.....).....IGF-1.....

LH.....FSH.....

E2.....Po.....

Insulina.....glicemia.....HbA1c.....

OGTT

Glicemia 0'.....30'.....60'.....90'.....120'.....

Insulina 0'.....30'.....60'.....90'.....120'.....

Colesterolo totale.....HDL.....

Trigliceridi.....

IPERFAGIA?

SONNOLENZA DIURNA?

APNEE NOTTURNE?

ESEGUITA POLISONNOGRAFIA?

CARATTERISTICHE ACROMEGALOIDI?

DESCRIZIONE.....

.....

Terapia sostitutiva

Corticosteroidea età inizio.....dose pro m2

DDAVP età inizio

senso della sete conservato? SI NO

L-TIROXINA età inizio.....dose pro kg.....

GH età inizio.....dose.....

Altezza inizio.....peso inizio.....

Ph.....B/T.....

TESTOSTERONE età inizio.....dose.....

ESTRADIOLO età inizio.....dose.....

ALTRE terapie (nome, età inizio, età fine, dose)

.....

.....

.....

Recidiva

Età.....cm.....kg.....

Terapia utilizzata.....

II neoplasia.....

Età.....cm.....kg.....