



سازمان بهداشت ایران  
اداره کل بهداشت استان تهران

### گواهی تجویز داروی هورمون رشد

شماره:

تاریخ:

#### مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی:

شماره بیمه:

تاریخ تولد:

شماره تماس بیمار:

#### مدارک لازم:

- ۱- اصل جواب آزمایش های هورمون بیمار
- ۲- اصل گزارش رادیولوژی مچ دست و کلیشه آن
- ۳- کپی صفحه اول دفترچه

#### موارد ذیل بایستی توسط پزشک فوق تخصص غدد اطفال و بر اساس مستندات تکمیل گردد:

- ۱- اندیکاسیون مصرف هورمون رشد
- ۲- نتایج حاصل از پایش رشدی (G.V) Growth velocity
- ۳- نتیجه آزمایش تست تحریکی هورمون رشد
- ۴- نتیجه آزمایش IGF-1
- ۵- گزارش گرافی مچ دست (تعیین سن استخوانی)

بیمار ..... با توجه به نتایج فوق الذکر نیازمند دریافت هورمون رشد به میزان ..... واحد در روز به مدت ..... ماه می باشد.

#### مهر و امضا پزشک فوق تخصص غدد اطفال

محل تایید اداره کل:

امضاء / تاریخ: