

Myeloproliferativa neoplasier (MPN) – ANMÄLAN Blanketten gäller som canceranmälan Gäller fr.o.m. 2026-01-19	Personnummer: Namn:
Anmälände inrapportör: _____ Sjukhus: _____ Klinik: _____	Blanketten ifylls och insändes till: Regionalt cancercentrum i respektive region

LEDTIDER:

När skrevs remiss till inrapporterande enhet? Datum (ÅÅ-MM-DD): _____ Ej aktuellt Uppgift saknas

Första patientbesök på inrapporterande enhet. Datum (ÅÅ-MM-DD): _____ Ej aktuellt Uppgift saknas

Utredning enligt SVF

KONTAKTSJUJKÖTERSKA OCH MIN VÅRDPLAN

Har patienten erbjudits, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska? Nej Ja Uppgift saknas

Har en skriftlig vårdplan (Min vårdplan XV019) upprättats i samråd med patienten? Nej Ja Uppgift saknas

DIAGNOS:

Polycytemia vera (PV) Prefibrotisk Myelofibros (pre-PMF) Kronisk neutrofil leukemi (KNL)

Essentiell trombocytemi (ET) Myelofibros (MF) Kronisk myeloproliferativ sjukdom UNS (MPN-U)

Kronisk eosinofil leukemi (KEL)

Diagnosdatum (provtagningsdatum): _____ (ÅÅ-MM-DD)

Diagnosgrund, ange samtliga utförda undersökningar

Benmärgsaspirat Benmärgsbiopsi Annan laboratorieundersökning, t.ex JAK 2

Annan cytologisk undersökning Annan histopatologisk undersökning Klinisk undersökning

Preparatnummer: _____ Preparatår: _____ Diagnoslab/klinik: _____

Är diagnosen ställd enligt WHO-kriterierna? Nej Ja Vet ej

TIDIGARE SJUKDOMAR

Tidigare diagnostiserad myeloproliferativ sjukdom: Nej Ja

Om ja; vilken tidigare sjukdom: PV ET MF Prefibrotisk MF Diagnosår:

GENOMGÅNGEN KOMPLIKATION SOM KRÄVT SJUKVÅRDSKONTAKT Nej Ja

Tromboembolisk komplikation	Hemorragisk komplikation	Övriga komplikationer
<input type="checkbox"/> < 1 år <input type="checkbox"/> 1–2 år <input type="checkbox"/> > 2 år	<input type="checkbox"/> < 1 år <input type="checkbox"/> 1–2 år <input type="checkbox"/> > 2 år	<input type="checkbox"/> < 1 år <input type="checkbox"/> 1–2 år <input type="checkbox"/> > 2 år
<input type="checkbox"/> DVT <input type="checkbox"/> Lungemboli <input type="checkbox"/> Hjärtinfarkt <input type="checkbox"/> Cerebral emboli, trombos <input type="checkbox"/> Levernära trombos <input type="checkbox"/> Mjältinfarkt <input type="checkbox"/> Trombos/emboli i perifer artär <input type="checkbox"/> Sinusventrombos <input type="checkbox"/> Erytromelalgi <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> Övrig tromboembolisk komplikation, vilken? _____	<input type="checkbox"/> Postoperativ blödning <input type="checkbox"/> Hematom/Petechier <input type="checkbox"/> Signifikant näsblödning <input type="checkbox"/> Gastrointestinal blödning <input type="checkbox"/> Hjärnblödning <input type="checkbox"/> Övrig hemorragisk komplikation, vilken? _____	<input type="checkbox"/> Hjärtkomplikationer (ej hjärtinfarkt) <input type="checkbox"/> Annan malignitet <input type="checkbox"/> Infektion <input type="checkbox"/> Annan, vilken: _____

STATUS VID DIAGNOSTILLFÄLLET

LD _____ $\mu\text{kat/L}$ Ej utförd

Hb _____ g/L Ej utförd

EVF _____ EVF Fraktion i % Ej utförd

Lpk _____ $\times 10^9/\text{L}$ Ej utförd

Tpk _____ $\times 10^9/\text{L}$ Ej utförd

Blaster ej taget

Antal blaster i blod _____ $\times 10^9/\text{L}$ **Blaster i blod i % av LPK** _____ %

Förekomst av konstitutionella symtom Nej Ja Uppgift saknas

Om ja: Temperaturstegring Svette Viktnedgång Klåda

Palpabel splenomegali Nej, mjälten ej palpabel Ja, mjälten palpabel _____ cm nedom arcus Ej undersökt

SPECIFIK UTREDNING

Kromosomundersökning utförd: Nej Ja Om ja; Laboratorium: _____

Mutationsanalys utförd Nej Ja Uppgift saknas

Påvisade mutationer: JAK2 V617F mutation Påvisad Ej påvisad Allel frekvens _____ %

JAK2 exon 12 Påvisad Ej påvisad

Annan mutation i JAK 2 Påvisad Ej påvisad

Calretikulin mutation Påvisad Ej påvisad

MPL mutation

Annan mutation

Ingen mutation påvisad

S-Erytropoetin Normalt Sub normalt Förhöjt Värde: __, __ Enhet: _____

Ej utförd

BEHANDLING FÖR MPN - SJUKDOM

Patienten behandlingskrävande: Nej Ja Observerera att samtlig behandling för MPN-sjukdom ska anges

Om Ja;

Planerad/påbörjad behandling
(för MPN-sjukdom)

Venesection Annan trombocythämning, ej ASA

Hydroxyurea Lågmolekylärt heparin

Alfa-interferon NOAK/DOAK

Anagrelid Busulfan

P-32 Erytropoesstimulerande medel (ESA)

Transfusionsterapi Imid (Talidomid, Pomalidomid, Lenalidomid)

Steroider JAK2 inhibitorer

Acetylsalicylsyra Behandling för annan malignitet

Warfarin Annan terapi, vilken: _____

Aktuell för transplantationsutredning (Gäller enbart för diagnos MF + MPN-U) Nej Ja Uppgift saknas

Remitterad till sjukhus/klinik (Anges bara om behandling kommer att ske på annat sjukhus/klinik än som rapporterat in anmälan)

Fortsatt behandling och uppföljning sker vid Sjukhus _____ Klinik _____

Planerad uppföljning

Ingen fortsatt uppföljning på denna patient Ange orsak _____