

Myeloproliferativa neoplasier (MPN) – UPPFÖLJNING Rapportering sker var tredje år Gäller fr.o.m. 2026-01-19	Personnummer: Namn:
Anmälände inrapportör: _____ Sjukhus: _____ Klinik: _____ Datum för inrapportering (ÅÅ-MM-DD) _____	Blanketten ifylls och insändes till: Regionalt cancercentrum i respektive region

PATIENTEN AVLIDEN (avser avliden patient vid bedömningsdatum)

Nej Ja Uppgift saknas Om ja, dödsorsak: Blödning
 Tromboembolisk komplikation
 AML
 Annat _____
 Uppgift saknas

Datum för bedömning (ÅÅ-MM-DD) _____ Utgå från diagnosdatum +/- 18 månader

Uppföljningstyp 3 år 6 år 9 år 12 år 15 år

AKTUELL DIAGNOS

Polycytemia vera (PV) Kronisk myeloproliferativ sjukdom UNS (MPN-U)
 Essentiell trombocytemi (ET) Transformation till MDS Kronisk neutrofil leukemi (KNL)
 Myelofibros (MF) Transformation till AML Kronisk eosinofil leukemi (KEL)
 Prefibrotisk Myelofibros (pre-PMF)

BEHANDLING för MPN-sjukdom (avser både pågående och avslutad behandling)

<input type="checkbox"/> Venesection	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Hydroxyurea	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Alfa-Interferon	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Anagrelid	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> P-32	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Transfusionsterapi	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Steroider	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Acetylsalicylsyra	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Warfarin	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> NOAK/DOAK	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Annan trombocythämning, ej ASA	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Lågmolekylärt heparin	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Busulfan	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Erythropoesstimulerande medel (ESA)	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Imid (Talidomid, Pomalidomid, Lenalidomid)	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> JAK2-inhibitorer	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Behandling för transformation MDS/AML	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Behandling för annan malignitet	<input type="checkbox"/> Pågående	<input type="checkbox"/> Given/avslutad	<input type="checkbox"/> Aldrig given
<input type="checkbox"/> Annan terapi för MPN-sjukdom, vilken?	_____		
<input type="checkbox"/> Ej Behandlingskrävande			

STAMCELLSTRANSPLANTATION

Stamcellstransplantation genomförd Nej Ja Uppgift saknas
 Om ja: Reduced Intensity Conditioning Myeloablative Conditioning

Datum för transplantation (ÅÅ MM DD): _____

Orsak till transplantation

Högrisk Myelofibros Transformation till akut leukemi Annat: _____

AKTUELL STATUS

LD	_____ $\mu\text{kat/L}$	<input type="checkbox"/> Ej utförd		
Hb	_____ g/L	<input type="checkbox"/> Ej utförd		
EVF	_____ EVF Fraktion i %.....	<input type="checkbox"/> Ej utförd		
Lpk	_____ $\times 10^9/\text{L}$	<input type="checkbox"/> Ej utförd		
Tpk	_____ $\times 10^9/\text{L}$	<input type="checkbox"/> Ej utförd		
<input type="checkbox"/> Blaster ej taget				
Antal blaster i blod	_____ $\times 10^9/\text{L}$	Blaster i blod i % av Lpk _____ %		
Förekomst av konstitutionella symtom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Om ja:	<input type="checkbox"/> Temperaturstegring	<input type="checkbox"/> Svettning	<input type="checkbox"/> Viktnedgång	<input type="checkbox"/> Klåda
Palpabel splenomegali	<input type="checkbox"/> Nej, mjälten ej palpabel	<input type="checkbox"/> Ja, mjälten palpabel _____ cm nedom arcus	<input type="checkbox"/> Ej undersökt	

GENOMGÅNGEN KOMPLIKATION SEDAN FÖREGÅENDE RAPPORTERING, SOM KRÄVT SJUKVÅRDSKONTAKT Ingen genomgången komplikation sedan föregående rapportering**Tromboemboliska komplikationer**

Ange Datum: _____

- DVT
 - Lungemboli
 - Hjärtinfarkt
 - Cerebral emboli, trombos
 - Levernära trombos
 - Mjältinfarkt
 - Trombos/emboli i perifer artär
 - Sinusventrombos
 - Erytromelalgi
 - TIA
 - Övrig tromboembolisk komplikation, vilken?
- _____

Hemorragiska komplikationer

Ange Datum: _____

- Postoperativ blödning
 - Hematom/Petechier
 - Signifikant näsblödning
 - Gastrointestinal blödning
 - Hjärnblödning
 - Annan hemorragisk komplikation, vilken?
- _____

Övriga komplikationer

Ange Datum: _____

- Hjärtkomplikationer (ej infarkt)
 - Annan malignitet
 - Infektion
 - Annan, vilken?
- _____

REMITTERAD TILL SJUKHUS/KLINIK (Anges bara om behandling/uppföljning kommer att ske på annat sjukhus/klinik än inrapporterande)

Fortsatt behandling och uppföljning sker vid: Sjukhus: _____ Klinik _____

UPPFÖLJNING Ingen fortsatt uppföljning, orsak _____