

## Akut lymfatisk leukemi hos vuxna

### BEHANDLING

Formuläret ifylls om behandling syftande till komplett remission planerades vid diagnostillfället

Insändes till:

**Regionalt cancercentrum i respektive region**

Inrapporterande sjukhus/klinik

Rapporteringsdatum

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Inrapporterande läkare

## Patientdata

Personnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

år mån dag

Namn

## Behandling

Förfas given  Nej  Ja om ja, datum för start av förfas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

år mån dag

Riktlinjer/studieprotokoll

- NOPHO 18-45  NOPHO 46-55  NOPHO 56-65  Ph-ALL 66-75  ABCDV+TKI  
 SWALL/ELWALL+TKI  GMALL  Annan remissionssyftande beh  Primärt palliativ syftande beh

Initial behandling med TKI

- Nej  Ja, om ja fyll i nedan vilken TKI behandling

TKI behandling

- Imatinib  Dasatinib  Ponatinib

Datum för behandlingsstart

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

år mån dag

Primärbehandling (avser behandling fram till start av underhåll) är given

- Helt enligt protokoll/med mindre dosjustering/med tillfälligt uppehåll  
 Med betydande modifiering  Avbruten

(Mindre justering/uppehåll avser dosreduktion av enstaka cytostatika och/eller uppskjuten behandling några dagar till någon vecka. Betydande modifiering innebär reduktion av antalet planerade kurer eller >25% dosreduktion)

Orsak till avbruten behandling

- Toxicitet  Recidiv  Annat

Allo-SCT planerad i primärbehandling

- Nej  Ja (om ja ska transplantationsblanketten fyllas i)

## Responsbedömning

Första CR uppnått

- Nej  Ja om ja, datum

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

år mån dag

Sviktterapi given

- Nej  Ja om ja, datum

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

år mån dag

Palliativ terapibeslut taget

- Nej  Ja om ja, datum

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

år mån dag

## MRD (om behandling NOPHO 18-45 ska MRD ej fyllas i)

Har MRD följts

- Nej  Ja

Vilken/vilka metoder har använts för att följa MRD

- Flödscytopetri  PCR (IgH, TCR)  RT-PCR (bcr/abl)

Om fler metoder använts ange den som varit beslutsgrundande

- Flödscytopetri  PCR  RT-PCR

Datum för MRD1 (vid remissionsbedömning)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

år mån dag

Påvisbar MRD1

- Nej  Ja

Påvisbar MRD1 ja

- >1%  0,1-0,9%  0,01-0,099%  <0,01%

Påvisbar MRD1 nej

- <0,1%  <0,01%  <0,001%



MRD2 utförd  Nej  Ja

Datum för MRD2 (efter första konsolidering)

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
år mån dag

Påvisbar MRD2  Nej  Ja

Påvisbar MRD2 ja  >1%  0,1-0,9%  0,01-0,099%  <0,01%

Påvisbar MRD2 nej  <0,1%  <0,01%  <0,001%

Har fler MRD-undersökningar utförts  Nej  Ja

### Remitterat till sjukhus/klinik

Uppföljande sjukhus \_\_\_\_\_ Uppföljande klinik \_\_\_\_\_

Ingen fortsatt behandling/uppfølning  Orsak \_\_\_\_\_

RCC Syd 180313/AKA

**Om patienten är avliden var vänlig fyll i uppföljningsformuläret.**

**Om patienten är transplanterad var vänlig fyll i transplantationsformuläret.**