

Akut lymfatisk leukemi hos vuxna UPPFÖLJNING

Insändes en gång årligen i 5 år och därefter vart 3:e år till:
Regionalt cancercentrum i respektive region

Inrapporterande sjukhus/klinik

Rapporteringsdatum
år mån dag

Inrapporterande läkare

Patientdata

Personnummer

-
år mån dag

Namn

Datum för senaste kliniska uppföljning
år mån dag

Allogen stamcellstransplantation utförd sedan senaste uppföljning Nej Ja

*Första CR uppnått Nej Ja om ja, datum
år mån dag

Underhållsbehandling given Nej Ja Pågår

Datum för avslutad underhållsbehandling
år mån dag

Första recidiv konstaterat Nej Ja om ja, datum
år mån dag

Recidivtyp Morfologiskt Molekylärgenetiskt

Recidiv lokal Benmärg CNS Övrig

Ny induktion aktuell Nej Ja om ja, ange datum för behandlingsstart
år mån dag

Andra CR uppnått Nej Ja om ja, datum
år mån dag

Andra recidiv konstaterat Nej Ja om ja, datum
år mån dag

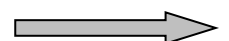
Aktuell status för patienter som har haft minst två recidiv

Recidiv nr 2 CR 3 eller senare remission Recidiv 3 eller senare recidiv

Palliativt terapibeslut taget Nej Ja om ja, datum
år mån dag

Om patienten är avliden ange orsak

Blodsjukdomen (inkl komplikation vid/till behandling av återfall) Behandlingsrelaterad död i remission Transplantationsrelaterad död Orelaterad till blodsjukdom och behandling Uppgift saknas



Remitterat till sjukhus/klinik

Uppföljande sjukhus _____ Uppföljande klinik _____

Ingen fortsatt uppföljning Orsak _____

RCC Syd 180313/AKA

* Rapporteras endast om datum för första CR inte rapporterats på behandlingsformuläret

Om patienten är transplanterad sedan förra uppföljningstillfället, var vänlig och fyll i transplantationsformuläret.