

Akut myeloisk leukemi hos vuxna
BEHANDLING Gäller fr o m 2013-01-01
 Blanketten ifylls om behandling syftande till komplett remission planerades vid diagnostillfället

Insändes till:
Regionalt cancercentrum i respektive region

Inrapporterande sjukhus/klinik

Rapporteringsdatum
 år mån dag

Inrapporterande läkare

Patientdata

Personnummer

-
 år mån dag

Namn

Behandling

Riktlinjer/studieprotokoll Nationella riktlinjer Annat Studieprotokoll

Dos vid induktion Full Reducerad Modifierad

Datum för behandlingsstart
 år mån dag

Har tidig responsevaluering (dag 15-märg) utförts Nej Ja

Datum för responsevaluering, dag 15-märg
 år mån dag

Procenttal blaster i dag-15-märgprov Andel blaster ej bedömbart

Tidig dubbelinduktion given Nej Ja

Totalt antal kurer (fram till ev. svikterapi) 1 2 3 ≥ 4

Datum för start kur 2
 år mån dag

Datum för start kur 3
 år mån dag

Datum för start kur 4
 år mån dag

Responsbedömning

Har 1:a CR uppnåtts Nej Ja Datum CR1
 år mån dag

Hur många kurer fick patienten för att uppnå CR1
 CR efter 1 kur CR efter tidig dubbel induktion CR efter 2 kurer
 CR efter sviktbehandling

Har sviktterapi givits (före uppnådd CR1) Nej Ja om ja, datum
 år mån dag

Typ av sviktterapi Flag-Ida ACE MEA HAM GO-kombination SCT Annan

Har beslut tagits för palliativ terapi Nej Ja om ja, datum
 år mån dag

MRD

MRD utförd med flödescytometri:	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
Ange labb:	<input type="checkbox"/> Karolinska, Stockholm	<input type="checkbox"/> Akademiska, Uppsala																										
<input type="checkbox"/> Skånes Universitetssjukhus, Lund	<input type="checkbox"/> Sahlgrenska, Göteborg	<input type="checkbox"/> Norrlands Universitetssjukhus, Umeå																										
Analys efter kur 2																												
Datum MRD	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									Är MRD <0,1 %	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	år	mån	dag																									
MRD påvisbart	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
Om nej, ange känslighet: < _____ %				Om ja, ange MRD värde: _____ %																								
Analys efter avslutad konditionering																												
Datum MRD	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									Är MRD <0,1 %	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	år	mån	dag																									
MRD påvisbart	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
Om nej, ange känslighet: < _____ %				Om ja, ange MRD värde: _____ %																								
Analys inför SCT																												
Datum MRD	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																									Är MRD <0,1 %	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	år	mån	dag																									
MRD påvisbart	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
Om nej, ange känslighet: < _____ %				Om ja, ange MRD värde: _____ %																								

Stamcellstransplantation

Har möjlighet till allogen stamcellstransplantation övervägts?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
År för övervägande _____	Månad för övervägande _____	
Intention	<input type="checkbox"/> Som del i primärterapi	<input type="checkbox"/> Efter återfall eller som (del av) sviktterapi

Uppföljning

Uppföljande sjukhus/klinik (om annat än behandlande): _____
Ingen fortsatt uppföljning/behandling <input type="checkbox"/> Orsak: _____

RCC Syd 140101/AKA

Om patienten är avliden var vänlig fyll i uppföljningsformuläret.

Om patienten är transplanterad var vänlig fyll i transplantationsformuläret.