Akut myeloisk leukemi hos vuxna
BEHANDLING del 2

Gäller fr o m 2008-01-01

Insändes till:
Regionalt cancercentrum i respektive region

Inrapporterande sjukhus/klinik

Rapporteringsdatum ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Inrapporterande läkare

Patientdata

Personnummer

____ ____ ____ ____ ____ ____ – ____ ____ ____ ____
år mån dag

Namn

Uppgifter avseende induktionsterapi (Kur 1 +ev kur 2, fram till uppnådd komplett remission, alt övergång till sviktbehandling/palliativ behandling eller dag 56, vilket som inträder först)

Har ANC >0.5 uppnåtts ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Har TPK >20 uppnåtts ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Har TPK >100 uppnåtts ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Trombocyttransfusioner under induktionsterapi (kur 1 + ev 2) ____ ____ ____ Antal enheter

Antal erytrocytkoncentrat ____ ____ ____ Antal enheter

Feber >38° C under induktionsterapi ____ ____ Antal dagar

Intravenös antibiotikabehandling ____ ____ Antal dagar

Odlingsverifierad sepsis ☐ Nej ☐ Ja

Pneumoni ☐ Nej ☐ Ja

Annan svår komplikation ☐ Nej ☐ Ja

Datum för utskrivning till hemmet ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag