

**MANUAL FÖR**

**NATIONELLT KVALITETSREGISTER FÖR AKUT**

**MYELOISK LEUKEMI**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Nationell registrering av akut myeloisk leukemi hos vuxna .....	3
Inklusionskriterier.....	3
SNOMED .....	3
Registrering .....	3
Versionshantering .....	5
Beskrivning (Förteckning) över AML Anmälningsskema .....	6
Beskrivning (Förteckning) över AML Behandling .....	12
Beskrivning (Förteckning) över AML Uppföljning .....	17
Beskrivning (Förteckning) över AML Transplantationsblankett .....	20

**Manualen är utarbetad av:**

Gunnar Juliusson i samarbete med Regionalt cancercentrum syd

**Regionalt cancercentrum syd**

**Scheelevägen 8**

**223 81 Lund**

# Nationell registrering av akut myeloisk leukemi hos vuxna

## Inklusionskriterier

Registret omfattar alla nyupptäckta fall av Akut myeloisk leukemi, akut odifferentierad/oklassificerad leukemi (AML och AUL) från och med diagnosår 2007 och framåt.

## Exklusionskriterier:

Barn under 16 år och 16- 19-åringar som handläggs vid pediatrika kliniker.  
Blastmetamorfos av känd KML.

Patienten skall vara mantalsskriven i Sverige vid diagnos för att kunna registreras. Det förutsätts att patienten är informerad om att uppgifter lagras i dataregister men samtycke krävs inte.

Anmälan gäller som canceranmälan.

## SNOMED

Vid täckningskontroll mot cancerregistret sker sökning på följande koder:

Akut promyelocytleukemi, <b>FAB M3</b>	98663
Akut myeloisk leukemi med t(8;21) <b>FAB M2</b>	98963
Akut myeloisk leukemi med inv(16)t(16;16)	98713
Akut myeloisk leukemi med 11q23 avvikelse	98973
Akut myeloblastleukemi med minimal differentiering, <b>FAB M0</b>	98723
Akut myeloblastleukemi utan utmognad, <b>FAB M1</b>	98733
Akut myeloblastleukemi med utmognad, <b>FAB M2</b>	98743
Akut myelomonocytleukemi (AMML), <b>FAB M4</b>	98673
Akut monoblast- och monocytleukemi <b>FAB M5</b>	98913
Akut erytroid leukemi, Akut erytroblastleukemi UNS <b>FAB M6</b>	98403
Akut megakaryoblastleukemi, <b>FAB M7</b>	99103
Akut myeloisk leukemi med multilinjär dysplasi	98953
Akut basofil leukemi	98703
Bifenotypisk akut leukemi, bilinjär akut leukemi	98053
Akut panmyelos med myelofibros	99313
Myelosarkom	99303
Akut myeloisk leukemi (AML)	98613
Odifferentierad akut leukemi, Akut blastleukemi UNS	98013
Terapirelaterad AML/MDS	99203
Leukemi UNS/kronisk leukemi UNS	98003
Blastisk plasmocytoid dendritisk cell neoplasi (Utgår från lymfomregistret och registreras from 2017-01-01 i AML-registret)	97273

## Registrering

Inrapportering av Akut myeloisk leukemi med diagnosår 2007 eller senare sker via INCA för de kliniker som har inrapportör i INCA- systemet. Kliniker som ej är anslutna till INCA skickar in pappersblankett till respektive regionalt cancercentrum, se länkar på [www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se).

Anmälningsformulären fylls i så snart diagnosen är ställd och genetisk diagnos är utsvarad.

Behandlingsformuläret fylls i om behandling syftande till komplett remission har planerats vid diagnostillfället. Bör skickas in så snart primärbehandlingen är avslutad.

Uppföljningsformuläret fylls i första gången 6 månader efter fastställd diagnos och därefter en gång/år. Vid förändring av sjukdomsstatus, exempelvis recidiv, rekommenderas spontan inrapportering på uppföljningsformulär.  
Ifylls endast på de patienter där man på anmälningsformuläret angav att behandlingen syftade till komplett remission.

Transplantationsblanketten fylls i ett år efter diagnos om möjlighet till Allogen stamcellstransplantation övervägts. Spontan inrapportering i samband med att transplantation genomförs rekommenderas.

Blanketter för utskrift finns på INCA portalen [www.cancercentrum.se/inca/](http://www.cancercentrum.se/inca/) samt på respektive regionalt cancercentrums webbplats.

## Versionshantering

Omfattar registerversion/-er	Version	Datum
	1.0.1/ OC-Syd	2010-02-16
	1.0.2/ OC-Syd	2012-07-01
	1.0.2/RCC Syd	2013-02-11
	1.0.3/RCC Syd	2014-01-01
	1.04/RCC Syd	2017-01-01
Förtydligande av kolumninnehåll		
Variabelnamn, motsvarar fältetikett på blanketten	Beskrivning av variabel	
Anges här om obligatorisk	De/-t värde/-n som variabeln kan innehålla, t ex. kodlista	

## Utförda ändringar i manualen

Datum	Variabelnamn	Ändring
2011-11-28	Konditionering inför SCT	Ny variabel
2011-11-28	HCT-CI score och Transplantationsrisk	Nya variabler
2012-01-01	Extramedullärt engagemang	Ny variabel
2012-05-01	Längd och vikt	Nya variabel
2012-05-01	Kreatinin och Albumin	Nya variabler
2012-05-01	Antal kromosomförändringar	Ny variabel
2012-05-01	Genetiska avvikelser	Nya variabler
2012-05-01	Antal kurer för att uppnå CR1	Ny variabel
2012-07-01	Datum för första vårdkontakt och kontakt med specialist	Ny variabel
2012-07-01	Tidigare behandling	Variabel förändrad
2013-02-11	MRD: MRD utförd med flödescytometri Ja/Nej Laboratorium Analys efter kur 2, Analys efter avslutad konditionering och Analys inför SCT: Datum MRD, MRD <0,1 %, MRD påvisbart	Nya variabler
2015-11-02	Utredd enligt SVF Nej Ja Uppgift saknas	Ny variabel i anmälningsblanketten
2015-12-18	Utredd enligt SVF	Variabel borttagen 151218
2017-01-01	Snomedkod 97273 Blastisk plasmacytoid dendritisk cell neoplasi	Ny snomedkod i anmälningsblanketten

## Beskrivning (Förteckning) över AML Anmälningsformulär

<b>PERSONUPPGIFTER</b>	
Personnummer	Personnummer, inkl sekelsiffra. T.ex. ÅÅÅÅMMDD – XXXX
Patientens namn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	K= Kvinna M= Man  Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
LKF-kod	Kod för län, kommun och församling. Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Hemort vid diagnos	Hämtas automatiskt från LKF, kan ändras.
<b>INRAPPORTERANDE ENHET</b>	
Kryssruta för komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera om inrapporteringen avser komplettering eller rättning.
Initierat av	Namn på den person som initierar en inrapportering  Hämtas automatiskt från inloggningsuppgifter.
Inrapporterande enhet	Sjukhus, klinik  Hämtas automatiskt från inloggningsuppgifter.
Rapporterande sjukhus	Anmälände sjukvårdsinrättning.  <b>Obligatorisk</b> Krav för canceranmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
Rapporterande klinik	Anmälände klinik  Krav för canceranmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
Anmälande inrapportör	Anmälande inrapportör  Hämtas automatisk från INCA. <b>Synlig endast för monitor.</b>
Anmälande läkare	Namn på läkare som godkänner inrapporteringen  <b>Obligatorisk</b> Krav för canceranmälan. Anges i klartext.
Datum för inrapportering	Datum då inrapportering skickas till Regionalt cancercentrum. Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt.  ÅÅÅÅMMDD
Monitors kommentar	Används för monitors egna kommentarer och för att lagra inrapportörens eventuella kommentarer. Anges i klartext. <b>Synlig endast för monitor.</b>
<b>Diagnos</b>	
Första vårdkontakt	Datum för första besök vid exempelvis primärvård eller akutmottagning för AML-relaterade besvär.
Första kontakt med specialist	När primär vårdenhet tar telefonkontakt med specialist eller remissmottagande vid specialistklinik.
Första besök på specialistklinik	Inläggning slutenvård eller nybesök specialistmottagning.

Diagnosdatum	<p>Ange tidigaste datum då diagnos fastställdes kliniskt och/eller genom morfologisk undersökning (SOSFS 2003:13(M)).</p> <p>(Allra tidigaste diagnosdatum som man hittar, exempelvis första provtagningen, cytologi). Diagnosdatum behöver inte vara datum för diagnosgrund.</p> <p>Krav för canceranmälan. Regionalt cancercentrum ändrar datum om ett tidigare datum är registrerat i Cancerregistret.</p>
<b>Obligatorisk</b>	ÅÅÅÅMMDD
Ålder vid diagnos	Räknas ut automatiskt vid angivande av diagnosdatum.
Metod för att ställa diagnos (diagnostisk metod)	<p>Ange diagnostisk metod</p> <p>Benmärg Blod</p> <p>Behöver inte vara metoden som är kopplad till diagnosdatum. Krav för canceranmälan.</p>
<b>Obligatorisk</b>	
Diagnoslabb/klinik	<p>Namn på den patologiklinik som har analyserat preparatet från den <b>mest tillförlitliga</b> undersökningen som ligger till grund för diagnosen (se Metod för att ställa diagnos).</p> <p>Anges i klartext.</p>
<b>Obligatorisk</b>	
Diagnoslabb/klinik kod	<p>Kod för den patologiklinik som har analyserat preparatet från den <b>mest tillförlitliga</b> undersökningen som ligger till grund för diagnosen (se Metod för att ställa diagnos).</p> <p><b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b></p>
Prepnr och Prepår	Ange preparatnummer och årtal från den <b>mest tillförlitliga</b> undersökningen som ligger till grund för diagnosen (se Metod för att ställa diagnos).
Diagnos enligt WHO	<p>Ange SNOMED kod för AML</p> <p>98663 Akut promyelocytleukemi, <b>FAB M3</b></p> <p>98963 Akut myeloisk leukemi med t(8;21) <b>FAB M2</b></p> <p>98713 Akut myeloisk leukemi med inv(16)t(16;16)</p> <p>98973 Akut myeloisk leukemi med 11q23 avvikelse</p> <p>98723 Akut myeloblastleukemi med minimal diff, <b>FAB M0</b></p> <p>98733 Akut myeloblastleukemi utan utmognad, <b>FAB M1</b></p> <p>98743 Akut myeloblastleukemi med utmognad, <b>FAB M2</b></p> <p>98673 Akut myelomonocytleukemi (AMML), <b>FAB M4</b></p> <p>98913 Akut monoblast- och monocytleukemi <b>FAB M5</b></p> <p>98403 Akut erytroid leukemi, Akut erytroblastleukemi UNS <b>FAB M6</b></p> <p>99103 Akut megakaryoblastleukemi, <b>FAB M7</b></p> <p>98953 Akut myeloisk leukemi med multilinjär dysplasi</p> <p>98703 Akut basofil leukemi</p> <p>98053 Bifenotypisk akut leukemi, bilinjär akut leukemi</p> <p>99313 Akut panmyelos med myelofibros</p> <p>99303 Myelosarcom</p> <p>98613 Akut myeloisk leukemi (AML)</p> <p>98013 Odifferentierad akut leukemi, Akut blastleukemi UNS</p> <p>99203 Terapirelaterad AML/MDS</p> <p>98003 Leukemi UNS/kronisk leukemi UNS</p> <p>97273 Blastisk plasmocytoid dendritisk cell neoplasi (utgår från lymfomregistret och registreras from 170101 i AML-registret)</p> <p>Endast ett alternativ kan anges. Koden AML utan specifikation (98613) skall bara anges om ingen av de ovanstående koderna är applicerbara. Krav för canceranmälan.</p>
<b>Obligatorisk</b>	

Immunofenotypning	Ange huruvida flödescytometri och/eller immunhistokemi analys är utförd på preparatet.  Flödescytometri Immunhistokemi Både flödescytometri och immunhistokemi Ej utfört
Extramedullärt engagemang	Ange om betydande extramedullärt engagemang föreligger, och om så anatomisk lokal i fri text. För patienter utan benmärgsengagemang anges om diagnosen är ställd på biopsi av extramedullär sjukdom.
<b>TIDIGARE SJUKDOMAR</b>	
Annan tidigare cancer, diagnoskod enligt ICD-10	Alla tidigare cancerdiagnoser, hämtas från Cancerregistret.  <b>Synlig för monitor</b>
Tidigare behandling	Ange eventuellt tidigare given behandling för annan diagnos.  Ingen Cytostatika (definition i hjälpruta) Strålbehandling Cytostatika och strålbehandling Immunsuppressiv behandling (definition i hjälpruta) Hydroxyurea (men varken cytostatika eller strålbehandling)
<b>Obligatorisk</b>	
Tidigare känd hematologisk sjukdom	Ange huruvida tidigare känd hematologisk sjukdom.  Nej Ja
<b>Obligatorisk</b>	
MDS	Kryssa i om tidigare känd MDS (D46)
MPN	Kryssa i om tidigare känd MPN (D45, D471, D473, D75)
Hemolytisk anemi, inkl PNH	Kryssa i om tidigare känd hemolytisk anemi, inkl PNH (D55-D59)
Aplastisk anemi	Kryssa i om tidigare känd aplastisk anemi (D60-D61)
Blödningstillstånd, inkl ITP	Kryssa i om tidigare känt blödningstillstånd, inkl ITP (D65-D69)
Immunbristsjukdomar	Kryssa i om tidigare känd immunbristsjukdom (D80-D84)
Tidigare väsentlig sjukdom	Ange huruvida tidigare annan väsentlig sjukdom med kvarstående påverkan på patienten.  Nej Ja
Hjärt-kärlsjukdom, stroke	Kryssa i om tidigare hjärt-kärlsjukdom, stroke
Diabetes	Kryssa i om diabetes
Njursjukdom	Kryssa i om tidigare njursjukdom
Lungsjukdom	Kryssa i om tidigare lungsjukdom
Gastrointestinal/leversjukdom	Kryssa i om tidigare gastrointestinal/leversjukdom
Inflammatorisk led/systemsjukdom	Kryssa i om tidigare inflammatorisk led/systemsjukdom
Annan väsentlig kronisk sjukdom	Kryssa i om annan väsentlig kronisk sjukdom
<b>STATUS VID DIAGNOSTILLFÄLLE</b>	
Längd och vikt	Ange längd i cm och vikt i kg vid diagnos. BMI uträknas automatiskt enligt formel.
Uppskattat WHO-performance status vid diagnostillfället	Ange uppskattat WHO-performance status vid diagnostillfället.  <b>Full daglig aktivitet</b> <i>Klarar all normal aktivitet utan begränsning</i> <b>Uppgående</b> <i>Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och o stånd till lättare arbete.</i> <b>Sängliggande &lt;50%</b> <i>Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50% av dygnets vakna timmar.</i>



	<p><b>Sängliggande &gt;50%</b>  <i>Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.</i></p> <p><b>Helt sängliggande</b>  <b>Uppgift saknas</b></p>
Hb	Ange Hb vid diagnos i g/L
LPK	Ange LPK i blod *10 <sup>9</sup> /l
<b>Obligatorisk</b>	
Neutrofila granulocyter	Ange Neutrofila granulocyter *10 <sup>9</sup> /l eller i % av LPK
Blaster i blod	Ange blastceller i blod *10 <sup>9</sup> /l eller i % av LPK
TPK	Ange TPK *10 <sup>9</sup> /l
LD	Ange LD i µkat/l
Kreatinin	Ange serum-Kreatinin i umol/l
Albumin	Ange serum-Albumin i g/l
Andel blaster i benmärg	Ange andel blastceller i benmärg (%) vid diagnos. Grundkriteriet för diagnosen AML är att blastandelen är 20 % eller mer, men vissa undantag föreligger. Om lägre andel än 20 %, ställs därför en hjälpfråga.
Har Auerstavar påvisats	Ange huruvida Auerstavar har påvisats.  Nej Ja
Liquorundersökning	Ange resultat av Liquorundersökning.  Normal Leukemi Ej utförd
Prov till biobank	Ange huruvida prov finns tillgängligt i biobank för forskning. Detta avser alltså inte standardprover som tas i samband med utredning/behandling även om dessa är biobanksprover t ex. Benmärgsprov, utan förutsätter ett separat godkännande för forskning.  Nej Ja
<b>SPECIFIK UTREDNING</b>	
Genetisk analys utförd	Ange huruvida genetisk analys av något slag är utförd.  Nej Ja
<b>Obligatorisk</b>	
Cytogenetik utförd	Ange huruvida cytogenetisk analys med konventionell karyotypering är utförd.  Nej Ja
<b>Obligatorisk</b>	
Resultat cytogenetik	Nej Ja, om ja, ange resultat enligt nedan  Klonal avvikelse Normal karyotyp Inga metafaser Ej bedömbart
FISH utförd	Ange huruvida FISH är utförd.  Nej Ja
Molekylära analyser utförda	Ange huruvida molekylära analyser av något slag är utförda.  Nej Ja

Genetisk avvikelse påvisad	Fyll endast i om Cytogenetik, FISH eller molekylära analyser är utförda. Ange om någon genetisk avvikelse är påvisad med någon av dessa tekniker.  Nej Ja
Antal kromosomförändringar	Ange antalet klonala kromosomförändringar i cytogenetisk analys från 0- ≥5. Balanserad translokation anges som en förändring. Molekylära förändringar räknas inte in.
Påvisad genetisk avvikelse: t(15;17)	Fyll endast i om genetisk avvikelse påvisats. Kryssa i om t(15;17) eller motsvarande genförändring påvisad.
t(8;21)	Kryssa i om t(8;21) eller motsvarande genförändring påvisad.
t(6;9)	Kryssa i om typisk t(6;9) eller motsvarande genförändring påvisats.
t(9;11)	Kryssa i om typisk t(9;11) eller motsvarande genförändring påvisats.
-5/del(5q)/ -7/del(7q)	Kryssa i om -5/del(5q)/ -7/del(7q) påvisad.
inv(16)/ t(16;16)	Kryssa i om inv(16)/ t(16;16) eller motsvarande genförändring påvisad.
inv(3)/t(3;3)	Kryssa i om typisk inv(3)/t(3;3) eller motsvarande genförändring påvisats.
MLL, t(v;11)	Kryssa i om typisk MLL/t(v;11) utom t(9;11) påvisats.
Påvisad genetisk avvikelse: Monosomal karyotyp	Fyll endast i om genetisk avvikelse påvisats. Ange om monosomal karyotyp påvisad. Definition finns i hjälpfönster.
Karyotyp textsträng	Plats för komplettering eller specifikation av karyotyp. Vid avvikande, särskilt vid komplex karyotyp, rekommenderas att papperskopia av utlåtande skickas till monitor (se nedan).
FLT3-ITD	Ange om FLT3-ITD påvisats, ej påvisats eller ej utfört.
CEBPA dubbel mutation	Ange om CEBPA dubbel mutation påvisats, ej påvisats eller ej utfört.
NPM1-mutation	Ange om NPM1-mutation påvisats, ej påvisats eller ej utfört.
Annan molekylär analys utförd;	Ange om annan molekylär analys påvisats, ej påvisats eller ej utförd.
Om annan molekylär analys utförts, specificera:	Ange annan molekylär analys som utförts och resultat, exempel KIT-mutation.
Papperskopia av komplett karyotyp med molekylära analyser skickad till regionalt RCC	För patienter med något påvisat fynd i cytogenetisk/molekylär analys rekommenderas att papperskopia skickas till regionalt RCC för arkivering och möjlighet till eftergranskning av rapport.
<b>BEHANDLING</b>	
Ange riskgruppstillhörighet (i enlighet med nationella riktlinjer)	Fyll endast i om cytogenetik är utförd. Ange riskgruppstillhörighet (i enlighet med nationella riktlinjer) utifrån cytogenetiska och molekylära analyser utan avseende på andra variabler.  Låg risk Intermediär risk Hög risk Ej bedömbart  För definition: se hjälpruta eller aktuella Riktlinjer. Förslag på riskgruppering ges automatiskt. Om riskgrupp avviker från förslag, motivera i textruta ovan.
Behandling syftande till komplett remission planerad vid diagnostillfället	Ange huruvida behandling syftande till komplett remission planerades vid diagnostillfället.  Nej, ingen eller enbart palliativ behandling Ja, intensiv kombinationsterapi Hypometylerande behandling (azacytidin eller motsvarande)
<b>Obligatorisk</b>	
<b>REMITTERAD TILL SJUKHUS/KLINIK</b>	
Remitterad till sjukhus/klinik, text	Anges endast om behandling kommer att ske på annat sjukhus/klinik än det som rapporterat anmälan.  Anges i klartext.

Remitterad till sjukhus, kod	Anges endast om behandling kommer att ske på annat sjukhus än det som rapporterat anmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
Remitterad till klinik, kod	Anges endast om behandling kommer att ske på annan klinik än den som rapporterat anmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
Ingen fortsatt uppföljning/behandling	Ange orsak i klartext om ingen fortsatt uppföljning/behandling på patienten.

## Beskrivning (Förteckning) över AML Behandling

PERSONUPPGIFTER	
Personnummer	Personnummer, inkl sekelsiffra T.ex. ÅÅÅÅMMDD –XXXX
Patientens namn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	K= Kvinna M= Man Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
INRAPPORTERANDE ENHET	
Kryssruta för komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera om inrapporteringen avser komplettering eller rättning.
Inrapporterande enhet	Sjukhus, klinik Hämtas automatiskt från inloggningsuppgifter.
Rapporterande sjukhus	Anmälände sjukvårdsinrättning  Krav för canceranmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
<b>Obligatorisk</b>	
Rapporterande klinik	Anmälände klinik  Krav för canceranmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
Anmälände inrapportör	Anmälände inrapportör  Hämtas automatisk från INCA. <b>Synlig endast för monitor.</b>
Anmälände läkare	Namn på läkare som godkänner inrapporteringen  <b>Obligatorisk</b> Anges i klartext.
Datum för inrapportering	Datum då inrapportering skickas till Regionalt cancercentrum. Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt.  ÅÅÅÅMMDD
Monitors kommentar	Används för monitors egna kommentarer och för att lagra inrapportörens eventuella kommentarer. Anges i klartext. <b>Synlig endast för monitor.</b>
BEHANDLING	
Riktlinjer/studieprotokoll	Ange riktlinje/studieprotokoll för behandling.  Nationella riktlinjer Studieprotokoll (om Nationell studie pågår skall denna definieras) Annat
Dos vid induktion	Ange dos för induktion  Full Reducerad Modifierad
Datum för behandlingsstart	Ange datum för behandlingsstart.  ÅÅÅÅMMDD
Har tidig responseevaluering ("dag 15-märg") utförts	Ange huruvida tidig responseevaluering ("dag 15-märg") har utförts. Behöver ej vara exakt dag 15, +/- någon dag går bra.  Nej Ja

Datum för responseevaluering, dag 15-märg	Fyll endast i om tidig responseevaluering ("dag 15-märg") har utförts. Ange datum för responseevaluering, dag 15-märg.  ÅÅÅÅMMDD
Procenttal blaster i "dag-15-märgprov"	Fyll endast i om tidig responseevaluering ("dag 15-märg") har utförts. Ange andel blaster i "dag-15-märgprov" i %.
Andel blaster ej bedömbart	Fyll endast i om tidig responseevaluering ("dag 15-märg") har utförts och andel blaster i "dag-15-märgprov" inte är angivet i %. Kryssa i om andel blaster i "dag-15-märgprov" inte är bedömbart.
Tidig dubbelinduktion given	Ange huruvida tidig dubbelinduktion är given. Observera att med tidig dubbelinduktion menas förnyad intensivbehandling som ges innan återhämtning från första behandlingsomgången, dvs förutsätter ett intervall mellan kur 1 och 2 på mindre än 25 dagar.  Nej Ja
Totalt antal kurer (fram till ev. sviktterapi)	Ange totalt antal givna kurer (fram till ev. sviktterapi).  1 kur 2 kurer 3 kurer 4 kurer eller fler
Datum för start av kur 2	Fyll endast i om Totalt antal givna kurer (fram till ev. sviktterapi) är $\geq 2$ Ange datum för start av cytotatikakur 2.  ÅÅÅÅMMDD
Datum för start av kur 3	Fyll endast i om Totalt antal givna kurer (fram till ev. sviktterapi) är $\geq 3$ Ange datum för start av cytotatikakur 3.  ÅÅÅÅMMDD
Datum för start av kur 4	Fyll endast i om Totalt antal givna kurer (fram till ev. sviktterapi) är $>3$ Ange datum för start av cytotatikakur 4.  ÅÅÅÅMMDD
<b>RESPONSBEDÖMNING</b>	
Har första CR1 uppnåtts?	Ange huruvida första kompletta remission har uppnåtts.  Nej Ja
Datum för första CR1	Fyll endast i om första kompletta remission har uppnåtts. Datum för att första remission dokumenterats, dvs det första benmärgsprovet efter induktionskuren som inte visar kvarvarande leukemi (blastandel $<5\%$ ) <b>och</b> att patienten återhämtat sina blodvärden efter behandlingen. Dag 15-benmärg kan således inte påvisa komplett remission.  ÅÅÅÅMMDD
Hur många kurer fick patienten för att uppnå CR1	CR efter 1 kur CR efter tidig dubbelinduktion CR efter 2 kurer CR efter sviktbehandling
Har sviktterapi givits (före uppnådd CR1)	Ange huruvida sviktterapi har givits före uppnådd första kompletta remission.  Nej Ja
Datum för sviktterapi given före uppnådd CR1	Fyll endast i om sviktterapi har givits före uppnådd första kompletta remission Ange datum för sviktterapi given före uppnådd första remission.

	ÅÅÅÅMMDD
Typ av sviktterapi	Fyll endast i om sviktterapi har givits före uppnådd första kompletta remission. Ange typ av sviktterapi given före uppnådd första kompletta remission.  Flag-Ida ACE MEA HAM GO-kombination SCT Annan
Har beslut om palliativ terapi tagits	Ange huruvida beslut om palliativ terapi har tagits.  Nej Ja
Datum för beslut om palliativ terapi	Fyll endast i om beslut om palliativ terapi har tagits. Ange datum för beslut om palliativ terapi.  ÅÅÅÅMMDD
<b>MRD (minimal residual disease)</b>	
MRD utförd med flödescytometri	Fylls alltid i. Om MRD-analys är utförd vid ett eller flera av de tillfällen som anges i Nationella Riktlinjerna anges ja, varvid möjlighet att registrera vidare uppgifter öppnas. Annars anges nej.
Laboratorium	Det laboratorium som utfört analysen anges med rullgardin. Det förutsätts att samma laboratorium utfört alla analyser på enskild patient, för bästa möjliga reproducerbarhet. Om så ej varit fallet anges detta i kommentarsfält.  Karolinska sjukhuset, Stockholm Akademiska sjukhuset, Uppsala Skånes universitetssjukhus, Lund Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Analys efter kur 2 Datum MRD Är MRD <0,1 % MRD påvisbart? om ja, ange MRD-värde om nej, ange känslighet  Analys efter avslutad konsolidering  Analys inför SCT	Om MRD-analys är utförd ska datum och resultat införas under rätt rubrik, dvs Analys efter kur 2, Analys efter avslutad konditionering och/eller Analys inför SCT. Vid utförd MRD-analys anges datum för provtagningen, och om MRD-nivån är <0,1 %. Denna nivå anges som den kliniskt viktiga. För mer detaljerad utvärdering önskas rapport om specifikt utfall. Om MRD är påvisbart, dvs en viss procentsats MRD+ celler angivits i svaret, besvaras frågan ja, och det exakta värdet (procent med två decimaler) anges på avsedd plats. Om MRD ej påvisats svaras nej. Dessa laboratoriesvar innehåller oftast inte värdet 0, utan att ingen MRD har påvisats med en angiven känslighet, som vanligen utsvaras ett känslighetsvärde ex.vis <0,05 %. Detta värde anges på avsedd plats.  Om MRD utförts vid flera av de rekommenderade tillfällena upprepas rapporteringen på samma sätt på avsedd plats. Om MRD utförts vid annan relation till behandlingen anges detta i kommentarsfält.
<b>STAMCELLSTRANSPLANTATION</b>	
Har möjlighet till allogen stamcellstransplantation övervägts	Ange huruvida möjlighet till allogen stamcellstransplantation har övervägts.  Nej Ja

År för övervägande	<p>Fyll endast i om möjlighet till allogen stamcellstransplantation har övervägts. Ange under vilket år möjlighet till allogen stamcellstransplantation har övervägts.</p> <p>2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014</p>
Månad för övervägande	<p>Fyll endast i om möjlighet till allogen stamcellstransplantation har övervägts. Ange i vilken månad möjlighet till allogen stamcellstransplantation har övervägts.</p> <p>Januari Februari Mars April Maj Juni Juli Augusti September Oktober November December</p>
Intention	<p>Fyll endast i om möjlighet till allogen stamcellstransplantation har övervägts. Ange intention med allogen stamcellstransplantation.</p> <p>Som del i primärbehandling Efter återfall eller som (del av) sviktterapi</p>
Uppföljande sjukhus/klinik om annat än behandlande	<p>Ange endast om uppföljning kommer att ske på annat sjukhus/klinik än det behandlande.</p> <p>Ange i klartext.</p>
Uppföljande sjukhus om annat än behandlande, kod	<p>Endast om uppföljning kommer att ske på annat sjukhus än det behandlande.</p> <p><b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b></p>
Uppföljande klinik om annan än behandlande, kod	<p>Endast om uppföljning kommer att ske på annan klinik än den behandlande.</p> <p><b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b></p>
<b>BEHANDLING del 2: 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)</b>	
Har ANC >0.5 uppnåtts	<p>Ange huruvida ANC &gt;0.5 har uppnåtts.</p> <p>Nej Ja</p>
Datum för uppnått ANC >0.5	<p>Fyll endast i om ANC &gt;0.5 har uppnåtts Ange datum för uppnått ANC &gt;0.5.</p> <p>ÅÅÅÅDDMM</p>
Har TPK >20 uppnåtts	<p>Ange huruvida TPK &gt;20 har uppnåtts.</p> <p>Nej Ja</p>

Datum för uppnått TPK >20	Fyll endast i om TPK >20 har uppnåtts. Ange datum för uppnått TPK >20.  ÅÅÅÅDDMM
Har TPK >100 uppnåtts	Ange huruvida TPK >100 har uppnåtts.  Nej Ja
Datum för uppnått TPK >100	Fyll endast i om TPK >100 har uppnåtts. Ange datum för uppnått TPK >100.  ÅÅÅÅDDMM
Trombocyttransfusioner under induktionsterapi (kur 1 +ev 2)	Ange antal enheter trombocyttransfusioner givna under induktionsterapi (kur 1 +ev 2).
Antal erytrocytkoncentrat	Ange antal enheter erytrocytkoncentrat givna under induktionsterapi (kur 1 +ev 2).
Feber >38°C under induktionsterapi	Ange antal dagar med feber >38°C under induktionsterapi (kur 1 +ev 2).
Intravenös antibiotikabehandling	Ange antal dagar med intravenös antibiotikabehandling under induktionsterapi (kur 1 +ev 2).
Odlingsverifierad sepsis	Ange huruvida odlingsverifierad sepsis har diagnostiserats under induktionsterapi.  Nej Ja
Pneumoni	Ange huruvida pneumoni har diagnostiserats under induktionsterapi.  Nej Ja
Annan svår komplikation	Ange huruvida annan svår komplikation har diagnostiserats under induktionsterapi.  Nej Ja
Datum för utskrivning till hemmet	Ange datum för utskrivning till hemmet.  ÅÅÅÅMMDD



## Beskrivning (Förteckning) över AML Uppföljning

PERSONUPPGIFTER	
Personnummer	Personnummer, inkl sekelsiffr. T.ex. ÅÅÅÅMMDD –XXXX
Patientens namn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	K= Kvinna M= Man  Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
INRAPPORTERANDE ENHET	
Kryssruta för komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera om inrapporteringen avser komplettering eller rättning.
Inrapporterande enhet	Sjukhus, klinik Hämtas automatiskt från inloggningsuppgifter.
Rapporterande sjukhus	Anmälände sjukvårdsinrättning  Krav för canceranmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
<b>Obligatorisk</b>	
Rapporterande klinik	Anmälände klinik  Krav för canceranmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
Anmälände inrapportör	Anmälände inrapportör  Uppgiften hämtas automatisk från INCA. <b>Synlig endast för monitor.</b>
Anmälände läkare	Namn på läkare som godkänner inrapporteringen  <b>Obligatorisk</b> Anges i klartext.
Datum för inrapportering	Datum då inrapportering skickas till Regionalt cancercentrum. Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt.  ÅÅÅÅMMDD
Monitors kommentar	Används för monitors egna kommentarer och för att lagra inrapportörens eventuella kommentarer. Anges i klartext. <b>Synlig endast för monitor.</b>
UPPFÖLJNING: 1 gång/år. Data från senaste rapporterad uppföljning sparas	
Datum för senaste uppföljning	Ange datum för senaste uppföljning.  <b>Obligatorisk</b> ÅÅÅÅMMDD
Har 1:a CR uppnåtts	Ange huruvida första kompletta remission har uppnåtts.  Nej Ja
Datum för första CR1	Fyll endast i om första kompletta remission har uppnåtts och Datum för första kompletta remission inte har rapporterats på Behandlingsformuläret. Om CR1-datum finns tidigare registrerat visas detta automatiskt för validering.  Ange datum för första kompletta remission.  ÅÅÅÅMMDD
Har 1:a recidiv konstaterats	Ange huruvida första recidiv har konstaterats.  Nej

	Ja
Datum för första recidiv	Fyll endast i om första recidiv har konstaterats. Ange datum för första recidiv.  ÅÅÅÅMMDD
Reinduktionsbehandling aktuell?	Fyll endast i om första recidiv har konstaterats. Ange huruvida aktuellt med reinduktionsbehandling.  Nej Ja
Startdatum för reinduktionsbehandling	Fyll endast i om reinduktionsbehandling aktuell. Ange startdatum för reinduktionsbehandling.  ÅÅÅÅMMDD
Har 2:a CR uppnåtts	Ange huruvida andra kompletta remission har uppnåtts.  Nej Ja
Datum för 2:a CR	Fyll endast i om andra kompletta remission har uppnåtts. Ange datum för andra kompletta remission.  ÅÅÅÅMMDD
Har 2:a recidiv konstaterats	Ange huruvida andra recidiv har konstaterats.  Nej Ja
Datum för 2:a recidiv	Fyll endast i om andra recidiv har konstaterats. Ange datum för andra recidiv.  ÅÅÅÅMMDD
Aktuell status för patienter som har haft minst två recidiv	Fyll endast i om andra recidiv har konstaterats. Ange aktuell status för patienter som har haft minst två recidiv.  Recidiv nr 2 CR3 eller senare remission Recidiv 3 eller senare recidiv
Har beslut om palliativ terapi tagits	Ange huruvida beslut om palliativ terapi har tagits.  Nej Ja
Datum för beslut om palliativ terapi	Fyll endast i huruvida beslut om palliativ terapi har tagits och Datum för beslut om palliativ terapi inte har rapporterats på Behandlingsformuläret. Om datum finns tidigare registrerat visas detta automatiskt för validering.  Ange datum för beslut om palliativ terapi.  ÅÅÅÅMMDD
Om patienten är avliden, ange dödsorsak	Ange dödsorsak om patienten är avliden.  Blodsjukdomen (inklusive komplikation vid/till behandling av återfall) Behandlingsrelaterad död i remission Transplantationsrelaterad död Orelaterad till blodsjukdom och behandling Uppgift Saknas
Remitterad till annat sjukhus/klinik för uppföljning	Ange endast om remitteras till annat sjukhus/klinik för uppföljning.  Ange i klartext.
Remitterad till annat sjukhus för uppföljning, kod	Endast om remitteras till annat sjukhus för uppföljning.  <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>

Remitterad till annan klinik för  
uppföljning, kod

Endast om remitteras till annan klinik för uppföljning.

**Kodas av monitor, synlig för monitor.**

## Beskrivning (Förteckning) över AML Transplantationsblankett

PERSONUPPGIFTER	
Personnummer	Personnummer, inkl sekelsiffra. T.ex. ÅÅÅÅMMDD –XXXX
Patientens namn	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Adress	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Kön	K= Kvinna M= Man  Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
Dödsdatum	Hämtas automatiskt från befolkningsregister.
INRAPPORTERANDE ENHET	
Kryssruta för komplettering eller rättning av enstaka uppgifter	Markera huruvida inrapporteringen avser komplettering eller rättning.
Inrapporterande enhet	Sjukhus, klinik  Hämtas automatiskt från inloggningsuppgifter.
Rapporterande sjukhus	Anmälade sjukvårdsinrättning  Krav för canceranmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
Rapporterande klinik	Anmälade klinik  Krav för canceranmälan. <b>Kodas av monitor, synlig för monitor.</b>
Anmälade inrapportör	Anmälade inrapportör.  Hämtas automatisk från INCA. <b>Synlig endast för monitor.</b>
Anmälade läkare	Namn på läkare som godkänner inrapporteringen  <b>Obligatorisk</b> Anges i klartext.
Datum för inrapportering	Datum då inrapportering skickas till Regionalt cancercentrum.  Hämtas automatiskt från systemet om fältet lämnas blankt.  ÅÅÅÅMMDD
Monitors kommentar	Används för monitors egna kommentarer och för att lagra inrapportörens eventuella kommentarer. Anges i klartext. <b>Synlig endast för monitor.</b>
STAMCELLSTRANSPLANTATION	
HLA-typning av syskon initierad	Anges huruvida HLA-typning av syskon är initierad.  Nej Ja Inga syskon
Datum för HLA-typning av syskon	Fyll endast i om HLA-typning av syskon är initierad. Anges datum för när HLA-typning av syskon initieras.  ÅÅÅÅMMDD
Sökning av obesläktad givare initierad	Anges huruvida sökning av obesläktad givare är initierad.  Nej Ja

Datum för sökning av obesläktad givare initierad	Fyll endast i om sökning av obesläktad givare är initierad. Ange datum för initierad sökning av obesläktad givare.  ÅÅÅÅMMDD
Allogen SCT utförd	Ange huruvida allogen SCT är utförd.  Nej Ja
Datum för allogen SCT	Fyll endast i om allogen SCT är utförd. Ange datum för allogen SCT.  ÅÅÅÅMMDD
Konditionering inför SCT	RICT (reduced intensity conditioning), för definition se Riktlinjer Fulldoskonditionering. FLAMSA RIC eller motsvarande (för definition se Riktlinjer).
Donator	Fyll endast i om allogen SCT är utförd. Ange donator.  Syskon Annan anhörig Obesläktad Haploidentisk donator
Stamcellskälla	Fyll endast i om allogen SCT är utförd. Ange stamcellskälla.  Blod Benmärg Navelsträng
Status vid SCT	Fyll endast i om allogen SCT är utförd.  CR1 CR2 CR <sub>≥</sub> 3 Obehandlad Primärt refraktär Refraktärt recidiv Recidiv 1 Recidiv <sub>≥</sub> 2
HCT-CI score	Komorbiditetspoäng enligt Sorror. Länken leder till nätsida där poäng lätt räknas ut (0-17 poäng). Ange poäng (0,1, 2, 3, 4, 5 >5).
Transplantationsrisk enligt EBMT	Se hjälpruta, räkna ihop poäng (0-7). Ange poäng (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6-7)
Vilken är den viktigaste anledningen till att SCT inte är genomförd	Fyll endast i om allogen SCT <u>inte</u> är utförd. Ange den främsta anledningen till varför SCT inte är genomförd.  Blodsjukdomens status Patientens status eller önskemål Ingen passande allogen givare
Planeras SCT senare	Fyll endast i om allogen SCT <u>inte</u> är utförd. Ange om SCT planeras senare.  Nej Ja