Akut myeloisk leukemi hos vuxna

UPPFÖLJNING Gäller fr o m 2008-01-01

Blanketten ifylls en gång årligen 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

Datum för senaste uppföljning ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

*Har 1:a CR uppnåtts? ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum för 1:a CR ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Har 1:a recidiv konstaterats? ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum för 1:a recidiv ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Reinduktionsbehandling aktuell? ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum för behandlingsstart ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Har 2:a CR uppnåtts? ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum för 2:a CR ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Har 2:a recidiv konstaterats ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum för 2:a recidiv ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
år mån dag

Aktuell status för patienter som har haft minst 2 recidiv

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

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

Patienten avliden ☐ Nej ☐ Ja, om ja ange dödsorsak

☐ Blodsjukdomen (inkl komplikation vid/till behandling av återfall ☐ Behandlingsrelaterad död i remission ☐ Transplantations-relaterad död ☐ Orelaterad till blodsjukdom och behandling ☐ Uppgift saknas

Remitterad till annat sjukhus/klinik för uppföljning _____

☐ Ingen fortsatt uppföljning, ange orsak _____

RCC Syd 140101/AKA

*Rapporteras endast om datum för 1:a CR inte rapporterats på behandlingsblanketten.

Om patienten är transplanterad sedan förra uppföljningstillfället, var vänlig och fyll i transplantations-formuläret.