

Kronisk Myeloisk Leukemi

ANMÄLNINGSBLANKETT

 Personnummer -

 Patientnamn

Blanketten gäller som canceranmälan!

Gäller fr o m 160101

Inrapporterande sjukhus, klinik		Insändes senast 3 månader efter diagnos
Inrapporteringsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ååmmdd)	
Rapporterande läkare	Namnteckning	

 Datum för utfärdande av remiss till specialistklinik (ååmmdd) Ej aktuellt Uppgift Saknas

 Datum för mottagande av remiss vid specialistklinik (ååmmdd) Ej aktuellt Uppgift Saknas

Datum för besked till patienten om KML-diagnos (ååmmdd) Datum kan ej vara före diagnosdatum

 Har patienten erbjudits namngiven, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska vid diagnosbeskedet? Ja Nej

DIAGNOS Definitioner se baksidan av blanketten!

Diagnosdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år mån dag	Preparatnr	<input type="text"/>	Preparatår	<input type="text"/>
Diagnosgrund	Histopatologisk undersökning <input type="checkbox"/>	Cytologisk undersökning <input type="checkbox"/>	Annan laboratorieundersökning <input type="checkbox"/>		

STATUS vid diagnostillfället

Sjukdomsstadium	Kronisk fas <input type="checkbox"/>	Accelererad fas <input type="checkbox"/>	Blastkris <input type="checkbox"/>
Mjältstorlek (palpatoriskt)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	under vänster revbensbåge	
Hb	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/l		
LPK	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> x 10 ⁹ /l		
TPK	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> x 10 ⁹ /l		
Blastceller i blod	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> x 10 ⁹ /l	eller <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Eosinofiler i blod	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> x 10 ⁹ /l	eller <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Basofiler i blod	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> x 10 ⁹ /l	eller <input type="text"/> <input type="text"/> %	
Sokal score (se baksida)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	För beräkning av Sokal score krävs Ålder, TPK, Mjältstorlek och andel blaster i blod	

Benmärgsundersökning utförd	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Andel blaster i benmärg	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
KML-relaterade symtom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

"Nej" anges om KML-sjukdomen upptäcktes t ex vid hälsokontroll eller utredning av annan sjukdom, utan att symtom förelåg.

WHO performance status 0 1 2 3 4 5
Prov till biobank (Avser prov tillgängligt för forskning) Ja Nej

Kardiovaskulär sjukdom (aktuell eller genomgången) eller riskfaktorer för sådan (flera alternativ kan anges) Ja Nej

Hypertoni Kranskärllssjukdom Annan allvarlig hjärtsjukdom Stroke Perifer, occlusiv kärlsjukdom (PAOD)

Diabetes Hyperkolesterolemi Rökning

Längd _____ cm Vikt _____ Kg

GENETISK UNDERSÖKNING VID DIAGNOS (Se baksida)

BCR/ABL1-translokation påvisad med (flera alternativ kan anges)

Karyotypering FISH RT-PCR Ej undersökt

Värdet för BCR/ABL1, i % enligt internationella skalan (IS), vid ovanstående provtagning en decimal

Vilket lab har utfört molekyलगenetisk analys enligt ovan. Ange siffra, se baksidan

Antal studerade metafaser/celler

Antal Ph+ metafaser/celler eller %

Ev kromosomförändring(ar) utöver Ph-kromosom Ja Nej

Om JA, vilken(a)?(se baksidan) _____ Annan/andra avikelser _____

BEHANDLING

Vad är syftet med patientens behandling?

Cytogenetisk/molekylär respons Enbart palliation Terapeutisk leukaferes utförd Ja NejIngår/planeras ingå i terapistudie? Ja Nej Om Ja, vilken? _____Datum för behandlingsstart (ååmmdd)

--	--	--	--	--	--

 Ange datum för start av KML-beh. Kan vara före diagnosdatumVilken är patientens initiala behandling vad gäller TKI . Ange siffra, se baksidan

--

Datum för start av TKI - behandling (ååmmdd)

--	--	--	--	--	--	--	--

Om annan behandling ange klartext _____

UPPFÖLJNING (Anges bara om behandling kommer att ske på annat Sjukhus/klinik än som rapporterat in anmälan)

Forts behandling och uppföljning sker i huvudsak vid

Sjukhus

Klinik

DEFINITIONER**Diagnosdatum**

Datum då benmärgsprov (i undantagsfall endast blodprov) tas för morfologisk och genetisk undersökning

Kronisk fas

Varken accelererad fas eller blastkris. Patienter utan tecken till aktiv KML-sjukdom

Accelererad fas (ett eller flera av nedanstående)

Andel basofiler i blod > 20 %
 Andel blaster i blod 10-19 %
 Andel blaster i benmärg 10-19 %
 Varaktigt trombocytopeni (< 100 x 10⁹/L) ej utlöst av behandling¹
 Varaktigt trombocytos (> 1000 x 10⁹/L) utan svar på behandling¹
 Ökande mjältstorlek och ökande LPK-tal utan svar på behandling¹
 Cytogenetiska hållpunkter för "klonal evolution"¹

¹ej tillämpligt vid diagnos**Blastkris (ett eller flera av nedanstående)**

Andel blaster i blod ≥ 20 %
 Andel blaster i benmärg ≥ 20 %
 Stora härdar av blastceller i benmärgen
 Extramedullär blastproliferation

Sokal score (se kalkylator på www.roc.se)

Låg risk	< 0,8	För beräkning av Sokal score krävs ålder, TPK, mjältstorlek och andel blaster i blod.
Intermediär risk	0,8 – 1,2	
Hög risk	> 1,2	

Performance status enligt WHO

- 0** Klarar all normal aktivitet utan begränsning.
1 Klarar inte fysiskt krävande aktivitet men är uppegående och i stånd till lättare arbete.
2 Är uppegående och kan sköta sig själv men klarar inte att arbeta. Är uppe och i rörelse mer än 50 % av dygnets vakna timmar.
3 Kan endast delvis sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol mer än 50 % av dygnets vakna timmar.
4 Klarar inte någonting. Kan inte sköta sig själv. Är bunden till säng eller stol.

Cytogenetik vid diagnos

Undersökt med karyotypering alt FISH på benmärgsaspirat. Vid karyotypering bör minst 20 celler undersökas. Om såväl karyotypering som FISH utförts anges resultatet av karyotyperingen.

Kromosomförändringar utöver Ph-kromosom

extra Philadelphia-kromosom	i(17q) (q10)
+8 (trisomi 8)	Annan/andra avvikelser
+19	

Datum för behandlingsstart

Som "Datum för behandlingsstart" anges den dag läkemedelsbehandling för (misstänkt) KML-sjukdom insattes. I de fall hydroxyurea insattes initialt och tyrosinkinashämmare något senare ska således första dagen med hydroxyurea räknas som "datum för behandlingsstart".

Behandling med TKI initialt

1	Imatinib
2	Dasatinib
3	Nilotinib
4	Ponatinib
5	Annan tyrosinkinashämmare
6	Annan behandling än TKI
7	Bosutinib
8	Ingen behandling mot KML-sjukdomen
	Ange datum för TKI-behandling

MOLEKYLÄRGENETIK UTFÖRT VID**Molekylärgenetik utfört vid**

1	Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
2	Akademiska sjukhuset, Uppsala
3	Karolinska universitetssjukhuset, Solna
4	Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge
5	Universitetssjukhuset, Linköping
6	Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
7	Skånes Universitetssjukhus, Lund
8	Annat lab

