

<b>MASTOCYTOS – UPPFÖLJNING</b>  Rapportering sker vart tredje år	Personnummer: _____  Namn: _____
	Rapportörande läkare: _____ Sjukhus: _____ Klinik: _____ Datum för rapportering: _____

**Är patienten avliden?**  Nej  Ja  
 Om ja: Är dödsorsaken relaterad till mastocytos?  Nej  Ja  Uppgift saknas

**Datum för bedömning:** \_\_\_\_\_  
 Avser uppföljning  3 år  6 år  9 år  12 år  15 år

**AKTUELL DIAGNOS**  
 Rapporterad diagnos  Oförändrad  Progress

**BEHANDLING**  Ingen behandling

<input type="checkbox"/> H1-receptorblockerare <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> Osteoporosbehandling <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> Oral natriumkromoglikat <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad
<input type="checkbox"/> H2 - receptorblockerare <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> Steroider <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> Leukotrienhämmare <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad
<input type="checkbox"/> Adrenalinpenna <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> Hyposensibilisering <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> UV-behandling <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad

**CYTOREDUKTIV BEHANDLING**

<input type="checkbox"/> α-interferon <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> Intensiv cytostatikabehandling <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> Tyrosinkinashämmare <input type="checkbox"/> Midostaurin <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad <input type="checkbox"/> Dasatinib <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad
<input type="checkbox"/> Kladribin <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	<input type="checkbox"/> Allogen stamcellstransplantation Datum: _____	<input type="checkbox"/> Imatinib <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad
<input type="checkbox"/> Hydroxyurea <input type="checkbox"/> Pågående <input type="checkbox"/> Avslutad	Annat, specificera: _____	

**STATUS VID UPPFÖLJNINGSTILLFÄLLE**

**Lab:** Hb \_\_\_\_\_ g/L      TPK \_\_\_\_\_ x 10<sup>9</sup>/L      LPK \_\_\_\_\_ x 10<sup>9</sup>/L  
 Neutrofila \_\_\_\_\_ x 10<sup>9</sup>/L      Eosinofila \_\_\_\_\_ x 10<sup>9</sup>/L      Monocyter \_\_\_\_\_ x 10<sup>9</sup>/L  
 ASAT \_\_\_\_\_ µkat/L      ALAT \_\_\_\_\_ µkat/L      ALP \_\_\_\_\_ µkat/L  
 Albumin \_\_\_\_\_ mg/L      S-Tryptas \_\_\_\_\_ µg/L

**DXA**  Nej  Ja      Datum \_\_\_\_\_  Uppgift saknas  
 Osteopeni  Osteoporos       Z-score, värde; \_\_\_\_\_  T-score, värde; \_\_\_\_\_

**Kliniska fynd (vid uppföljning)**

Palpabel splenomegali	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
Palpabel hepatomegali	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
Lymfadenopati palpabel och/eller > 2 cm på UL/CT	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
Hudutslag	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt

**MEDIATORSYMTOM (vid uppföljning)****Hud**

Flush	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
Pruritus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
Blistering/bullae	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt

**Anafylaxi**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Okänt	<input type="checkbox"/> Ja	Antal _____
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------

**Allergi**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

**Gastrointestinala**

Kramp/smärta	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
Diarré	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
Dyspepsi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
Ulcus duodeni/ventrikel	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt

**Kardiovaskulära**

Hypotension	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
Hjärtklappning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt

**Neuropsykiatriska symtom**

Huvudvärk	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt

**Skelettvärk**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

**Luftvägssymtom**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Okänt
------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

**Frakturer efter diagnos**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Okänt	<input type="checkbox"/> Ja	Antal _____
------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------

Lokalisation \_\_\_\_\_

**B-fynd (se förklaring)**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
------------------------------	-----------------------------	---

**C-fynd (se förklaring)**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
------------------------------	-----------------------------	---

Om ja;	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Osteolys	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Cytopeni	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Ascites	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Portal hypertension	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Malabsorption	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Hypoalbuminemi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas

**Patienten remitterad till annan sjukvårdsinrättning/klinik som ansvarar för fortsatt inrapportering:**

Sjukhus: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

**B-fynd:** Infiltration av mastceller utan organdysfunktion**C-fynd:** Mastcellsinfiltration i organ med åtföljande organdysfunktion

-Benmärgssvikt (anemi, neutropeni, trombocytopeni)

-Malabsorption med viktneidgång

-Hepatomegali med nedsatt leverfunktion, ascites och/eller portal hypertension

-Palpabel splenomegali

-Symtomgivande osteoporos/osteoskleros eller patologiska frakturer