

Myeloproliferativa neoplasier (MPN) – UPPFÖLJNING Rapportering sker var tredje år Gäller från 2016-06-01	Personnummer: _____ Namn: _____
	Rapportörande läkare: _____ Sjukhus: _____ Klinik: _____ Datum för rapportering: _____

Datum för bedömning: _____ *Utgå från diagnosdatum +/- 3 månader*

Avser uppföljning 3 år 6 år 9 år 12 år 15 år

AKTUELL DIAGNOS

Polycytemia vera Kronisk myeloproliferativ sjukdom UNS Kronisk neutrofil leukemi
 Essentiell trombocytemi Transformation till MDS Kronisk eosinofil leukemi/hypereosinofilt syndrom
 Myelofibros Transformation till AML

AKTUELL BEHANDLING

Venesectio Acetylsalicylsyra
 Hydroxyurea Annan antikoagulantia
 Alfa-Interferon Busulfan
 Anagrelid Erytropoesstimulerande medel (ESA)
 P-32 Imid (Talidomid, Pomalidomid, Lenalidomid)
 Transfusionsterapi JAK2-inhibitorer
 Steroider Annan terapi, vilken? _____

Ej behandlingskrävande

GENOMGÅNGEN BEHANDLING sedan föregående rapportering

Behandling förutom vad som angivits i "Aktuell behandling"

Ingen behandling given Venesectio Acetylsalicylsyra
 Samma behandling som angivits under aktuell behandling Hydroxyurea Annan antikoagulantia
 Alfa-Interferon Busulfan
 Anagrelid Erytropoesstimulerande medel (ESA)
 P-32 Imid (Talidomid, Pomalidomid, Lenalidomid)
 Transfusionsterapi JAK2-inhibitorer
 Steroider Annan terapi, vilken? _____

STAMCELLSTRANSPLANTATION

Stamcellstransplantation genomförd Nej Ja Om ja: Reduced Intensity Conditioning Myeloablative Conditioning

Datum för transplantation: _____

Orsak till transplantation

Högrisk Myelofibros Transformation till akutleukemi Annat: _____

AKTUELL STATUS

Lab: LD _____ $\mu\text{kat/L}$ Hb _____ g/L Tpk _____ $\times 10^9/\text{L}$ Lpk _____ $\times 10^9/\text{L}$
 EVF _____ Fraktion _____ % Blaster i blod _____ $\times 10^9/\text{L}$ _____ % Blaster ej taget

Förekomst av konstitutionella symtom Nej Ja Om ja: Temperaturstegring Svettning
 Viktnedgång Klåda

Palpabel splenomegali Nej Mjälten ej palpabel Ja Mjälten palpabel _____ cm nedom arcus Ej undersökt

KOMPLIKATIONER SEDAN FÖREGÅENDE RAPPORTERING Nej Ja

Datum för komplikation _____

Tromboembolisk komplikation

- DVT
- Lungemboli
- Hjärtinfarkt
- Cerebral emboli, trombos
- Levernära trombos
- Mjältinfarkt
- Trombos/emboli i perifer artär
- Erytromelalgi
- TIA
- Annan, vilken? _____

Hemorragisk

- Postoperativ blödning
- Hematom/Petechier
- Signifikant näsblödning
- Gastrointestinal blödning
- Hjärnblödning
- Annan, vilken? _____

Annan komplikation_____
_____**KOMPLIKATIONER SEDAN FÖREGÅENDE RAPPORTERING** Nej Ja

Datum för komplikation _____

Tromboembolisk komplikation

- DVT
- Lungemboli
- Hjärtinfarkt
- Cerebral emboli, trombos
- Levernära trombos
- Mjältinfarkt
- Trombos/emboli i perifer artär
- Erytromelalgi
- TIA
- Annan, vilken? _____

Hemorragisk

- Postoperativ blödning
- Hematom/Petechier
- Signifikant näsblödning
- Gastrointestinal blödning
- Hjärnblödning
- Annan, vilken? _____

Annan komplikation_____
_____**KOMPLIKATIONER SEDAN FÖREGÅENDE RAPPORTERING** Nej Ja

Datum för komplikation _____

Tromboembolisk komplikation

- DVT
- Lungemboli
- Hjärtinfarkt
- Cerebral emboli, trombos
- Levernära trombos
- Mjältinfarkt
- Trombos/emboli i perifer artär
- Erytromelalgi
- TIA
- Annan, vilken? _____

Hemorragisk

- Postoperativ blödning
- Hematom/Petechier
- Signifikant näsblödning
- Gastrointestinal blödning
- Hjärnblödning
- Annan, vilken? _____

Annan komplikation_____

Om ytterligare komplikationer – använd ett nytt formulär

REMITTERAD TILL SJUKHUS/KLINIK (Anges bara om behandling/uppföljning kommer att ske på annat sjukhus/klinik än inrapporterande)

Fortsatt behandling och uppföljning sker vid Sjukhus _____ Klinik _____

PATIENTEN AVLIDEN Nej Ja

Om ja, Dödsorsak:

- Blödning
- Tromboembolisk komplikation
- Akut leukemi
- Annat _____
- Uppgift saknas