

# SVENSKA MYELOMREGISTRET – 1 års uppföljning

Blanketten används som underlag för elektronisk rapportering.

Inrapporterande sjukhus/klinik
Ansvarig läkare/Inrapportör
Rapporteringsdatum (20ÅÅMMDD)   2   0   _   _   _   _   _   _   _   _

# 3

Plats för patientbricka, alternativt ange personnummer samt namn

## Given primärbehandling

Behandling ej given<sup>1</sup>

Markera alla läkemedel som givits under primärbehandlingen + ev. strålbehandling. De läkemedel som givits initialt anges i kolumnen "Initialt". De läkemedel som lagts till genom modifiering av den initialt givna behandlingen markeras i kolumnen "Tillägg". Om behandlingsstrategin ändras helt (dvs alla myelomläkemedel byts ut) p.g.a. terapivikt (progressiv sjukdom eller utebliven respons med kvarvarande symtom) betraktas primärbehandlingen som avslutad och första linjens behandling är avslutad. För högdosbehandlade patienter markeras endast de läkemedel som givits före högdosbehandlingen.<sup>2</sup>

	Initialt	Tillägg		Initialt	Tillägg		Initialt	Tillägg
Melfalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prednison/prednisolon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talidomid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyklofosfamid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betametason/dexametason	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bortezomib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antracyclin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lenalidomid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bendamustin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carfilzomib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pomalidomid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daratumumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elotuzumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CHOP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ixazomib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Annat medel	<input type="checkbox"/>	Annat medel, specificera: .....						

Strålbehandling under primärbeh.  Nej  Ja

Datum för start av primärbehandling | 2 | 0 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Studie  Nej  Ja Specificera studie: .....

## Högdosbehandling

Högdosbehandling med stamcellsstöd  Nej  Ja, auto  Ja, tandemauto  Ja, auto + allo  Ja, allo

Datum 1 för stamcellsinfusion | 2 | 0 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Datum 2 för stamcellsinfusion | 2 | 0 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Högdosbehandling auto  Melfalan 200 mg/m<sup>2</sup>  Annan, specificera: .....

Högdosbehandling allo, specificera: .....

## Avslutning av primärbehandling

Är primärbehandlingen avslutad  Nej  Ja

Orsak till avslutad primärbehandling<sup>2</sup>  Tillräcklig sjukdomskontroll  Terapivikt  Toxicitet  Död  Annan händelse

Annan händelse, specificera: .....

Datum för avslutad primärbehandling | 2 | 0 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

## Utvärdering av primärbehandling

Bästa responsgrad<sup>4</sup>  sCR  CR Vid CR: Har CR konfirmerats med negativ benmärgsaspiration?  Nej  Ja

VGPR  PR  Respons ej uppnådd  Ej utvärderat

Datum för denna grad av respons | 2 | 0 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Konsolidering/underhållsbehandling  Nej  Ja

given?

Datum för start | 2 | 0 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Typ av behandling Talidomid  Lenalidomid  Carfilzomid

Kortikosteroider	<input type="checkbox"/>	Interferon	<input type="checkbox"/>	Ixazomid	<input type="checkbox"/>
Bortezomib	<input type="checkbox"/>	Annat	<input type="checkbox"/>		
Gavs konsolidering/underhållsbeh inom ramen för en studie	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Specificera studie:	.....		
Gav behandlingen högre responsgrad än primärbehandlingen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja				
Bästa responsgrad under eller efter konsolidering/underhållsbehandling	<input type="checkbox"/> sCR <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> VGPR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Respons ej uppnådd				
	<input type="checkbox"/> Ej utvärderat				
	Vid CR: Har CR konfirmerats med negativ benmärgsaspiration?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

### Progress/relaps

Har patienten utvecklat terapivikt<sup>5</sup> under primärbehandlingen eller progress/relaps efter respons på primärbehandling?  Nej  Ja

Datum för konstaterad terapivikt eller progress/relaps | 2 | 0 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Datum för start av annan behandling eller återupptagen behandling | 2 | 0 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

### Understödjande behandling

**Har patienten under första året behandlats med**

Bisfosfonat  Ja, Intravenöst  Ja, peroral  Nej

Erytropoetin  Nej  Ja

**Om patienten har fått IMiD första året, har trombosprofylax givits**  Nej  Ja  Vet ej  Ej fått IMiD första året

Om patienten har anikoagulantisk behandling sedan tidigare ska detta också anges.

<b>Vilken trombosprofylax har givits</b>	<b>Infektionsprofylax</b>
Trombocythämmare <input type="checkbox"/>	Herpesprofylax <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Lågmolekylärt heparin <input type="checkbox"/>	Pneumocystisprofylax <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
NOAK <input type="checkbox"/>	Ig substitution <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Warfarin <input type="checkbox"/>	Ingen <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

### Allvarliga komplikationer

**Har patienten drabbats av eller behandlats för**

Ryggmärgskompression  Nej  Ja

Datum för diagnos | 2 | 0 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Dialyskrävande njursvikt  Nej  Ja

Datum för diagnos | 2 | 0 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Symtomgivande amyloidos  Nej  Ja

Datum för diagnos | 2 | 0 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Venös tromboembolism  Nej  Ja

Datum för diagnos | 2 | 0 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Kompletterande information  
(Utrymme för klinisk kommentar som t.ex. kan användas vid avvikande förlopp som inte kunnat beskrivas adekvat i formuläret. Max 200 tecken.

### Uppföljning

Remitterad till annat sjukhus för fortsatt uppföljning  Nej  Ja Om Ja, ange mottagande enhet .....

Ingen fortsatt kvalitetsregisteruppföljning skall ske

- 1) Ingen sjukdomshämmande behandling given trots symtomatiskt myelom. Är denna ikryssad, behövs endast stycket om komplikationer fyllas i.
- 2) Med primärbehandling avses den behandling som ges initialt i avsikt att uppnå sjukdomskontroll. Primärbehandling innefattar modifieringar av den initialt planerade behandlingen, t.ex. tillägg av andra medel för att erhålla förbättrad effekt eller avslut av något medel p.g.a. toxicitet. Om behandlingsstrategin ändras helt (dvs alla myelomläkemedel byts ut) p.g.a. terapivikt (progressiv sjukdom eller utebliven respons med kvarvarande symtom) betraktas primärbehandlingen som avslutad och första linjens behandling är avslutad. Ev. konsolidering och underhållsbehandling räknas inte in i primärbehandlingen även om sådan behandling planerats primärt.
- 3) Tillräcklig sjukdomskontroll: uppnådd respons (minst PR) alternativt stabil sjukdomskontroll utan att kriterierna för PR uppfyllts. Terapivikt: progressiv sjukdom (PD) alternativt otillräcklig behandlingseffekt utan att kriterierna för PD uppfyllts.
- 4) Här anges bästa responsgrad som uppnåtts under pågående primärbehandling eller efter avslutad primärbehandling men före start av ev. konsolidering/underhållsbehandling.
- 5) Begreppet terapivikt omfattar dels progress under pågående primärbehandling, enligt kriterierna för PD, dels otillräcklig behandlingseffekt utan att kriterierna för PD uppfyllts.