

# CLL SKEMA – Primær Behandling

## Patientidentifikation - bopæl:

CPR-nr. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

## Fund og symptomer ved behandlingsstart

Anæmi (Hb < 6,2 mmol/L).....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Thrombocytopeni (< 100 mia/L).....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Massiv / progressiv lymfadenopati.....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Massiv / progressiv splenomegali .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Stigende lymfocytose (>50%/2 mdr).....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Hurtig lymfocytfordoblingstid (< 6 mdr).....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Vægttab (> 10% / 6 mdr) .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Feber af ukendt årsag (>2 uger) .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Udtalt træthed .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Nattesved .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>
Andre fund .....	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Uvist	<input type="checkbox"/>

Ved ja til andre fund, Specificer andre fund \_\_\_\_\_

## Behandlingsdata

Kemoterapiregime..... **FC**  **Fludara**  **Benda**  **Chloramb.**  **Andet**

Immunterapi. **Ingen**  **Alemtuz.**  **Ritux**  **Ofatumum.**  **Obinutuz.**   
**Andet**

Dato for behandlingsstart .....(dd mm åå) \_\_\_\_\_

Dato for behandlingsslut .....(dd mm åå) \_\_\_\_\_

Transplantation.... **Ingen**  **Autolog**  **Konv. Allogen**  **Mini-allogen**

Hvis transplantation, Transplantationsdato .....(dd mm åå) \_\_\_\_\_

Deltog patienten i klinisk protokol .....

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

## Responsevaluering

**CR**  **CRi**  **PR**  **SD**  **PD**  **Mors før eval.**  **Ej eval.**

Ved CR/CRi: Er der undersøgt for MRD .....

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

Dato for responsevaluering .....(dd mm åå) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift