



MPN, MDS og CM(M)L Opfølgningsskema 2 år

CPR nr. _____

Navn _____

Dato for indberetning af 2 års opfølgningsskema

|_|_|_|_|_|_|_|

Udfyldes kun ved MPN

Er den primære MPN diagnose blevet revideret siden diagnosen? Ja Nej

Hvis Ja: Oplys da nuværende MPN diagnose (fraset progression til myelofibroose eller akut leukæmi)

- Polycytæmi Vera Primær Myelofibroose Essentiel Thrombocytose
 Uklassificerbar Myeloproliferativ sygdom Præfibrotisk Myelofibroose

Behandling 0-2 år (evt. flere krydser):

- Acetylsalicylsyre Venesection Anagrelid
 Busulfan Hydroxycarbamid Statiner
 HDAC hæmmer Interferon Jak-2 inhibitor
 Anden behandling Ingen behandling Anden blodfortyndende behandling

Er der efter diagnosen udført:

Cytogenetiske undersøgelser Ja Nej Uoplyst

Molekylærbiologiske undersøgelser Ja Nej Uoplyst

Hvis ja: Specificer hvilke(n) forandringer der er undersøgt for

- JAK2 V617F JAK2 Exon12 MPL CALR ASXL1 Andre

Hvis ja: Specificer fund

- Normal undersøgelse JAK2 muteret allelbyrde (%) _____ JAK2 Exon12
 MPL muteret allelbyrde (%) _____ CALR muteret allelbyrde (%) _____ ASXL1
 Andre abnorme molekylærbiologiske fund

Hvis afkrydsning i "andre abnorme molekylærbiologiske fund":

Skriv navnet på forandringen (fritekst): _____

Har patienten haft et vaskulært event efter diagnosen Ja Nej Uoplyst

Hvis ja: Specificer type(r)

- Dyb Vene Thrombose Lungeemboli Myocardieinfarkt
 Apoplexia cerebri TCI Abdominal/hepatisk/milt trombose
 Anden trombe/emboli MPN relaterede blødninger

Har patienten udviklet progression til akut leukæmi? Ja Nej

Hvis ja: Dato for progression til akut leukæmi

|_|_|_|_|_|_|_|

Har patienten udviklet myelofibroose?

Ja Nej

Hvis ja: Dato for progression til myelofibroose

|_|_|_|_|_|_|_|



MPN, MDS og CM(M)L Opfølgningsskema 2 år

Udfyldes kun ved CML

Behandling 0-2 år (evt. flere krydser):			
<input type="checkbox"/> Hydroxycarbamid	<input type="checkbox"/> Imatinib	<input type="checkbox"/> Dasatinib	<input type="checkbox"/> Nilotinib
<input type="checkbox"/> Interferon	<input type="checkbox"/> Bosutinib	<input type="checkbox"/> Ponatinib	
<input type="checkbox"/> Anden TKI behandling	<input type="checkbox"/> Anden behandling	<input type="checkbox"/> Ingen behandling	
Følges respons med qPCR eller dPCR		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja: Angiv BCR-ABL1 niveau (% IS) _____		Dato ____ ____ ____	
Forandringer ud over t(9;22) påvist		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uoplyst
Undersøgt for mutation i forbindelse med behandlingsresistens		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uoplyst
Hvis ja: Mutation påvist? <input type="checkbox"/> Ja, Angiv hvilken (fritekst): _____		<input type="checkbox"/> Ingen mutation påvist	
Har patienten udviklet progression? <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Accelereret fase	<input type="checkbox"/> Blastfase
Hvis accelereret fase eller blastfase afkrydses: Dato for progression ____ ____ ____			
Hvis nej: Vurdering af behandlingsrespons			
<input type="checkbox"/> CHR	<input type="checkbox"/> CCyR	<input type="checkbox"/> PCyR	<input type="checkbox"/> MMR
<input type="checkbox"/> Ikke målbar molekylær sygdom	<input type="checkbox"/> Uoplyst		
Har patienten haft et vaskulært event <u>efter</u> diagnosen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uoplyst
Hvis ja: Specificer type (typer)			
<input type="checkbox"/> Dyb vene trombose	<input type="checkbox"/> Lungeemboli	<input type="checkbox"/> Myocardieinfarkt	<input type="checkbox"/> TCI
<input type="checkbox"/> Apoplexia cerebri	<input type="checkbox"/> Abdominal trombose	<input type="checkbox"/> Anden trombe/emboli	

Udfyldes kun ved CMML

Behandling 0-2 år (evt. flere krydser):		
<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Erythropoietin	<input type="checkbox"/> Hydroxycarbamid
<input type="checkbox"/> Anden behandling	<input type="checkbox"/> Demetylerende behandling	<input type="checkbox"/> AML lign. kemoterapi
<input type="checkbox"/> Ingen behandling		
Har patienten udviklet akut leukæmi?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja: Dato for progression til akut leukæmi		____ ____ ____

Udfyldes kun ved MDS

Behandling 0-2 år (evt. flere krydser):		
<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Erythropoietin	<input type="checkbox"/> G-CSF
<input type="checkbox"/> Jernkulerende behandling	<input type="checkbox"/> Hydroxycarbamid	<input type="checkbox"/> Demethyl. behandling
<input type="checkbox"/> AML lignende kemoterapi	<input type="checkbox"/> Immunosuppressiv behandling	
<input type="checkbox"/> Lenalidomid	<input type="checkbox"/> Anden behandling	
Har patienten udviklet akut leukæmi?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uoplyst
Hvis ja: Dato for progression til akut leukæmi		____ ____ ____

Udfyldes for alle

Udvikling og/eller progression af splenomegali siden diagnosen		
<input type="checkbox"/> Ja - radiologisk påvist	<input type="checkbox"/> Nej - radiologisk bekræftet	<input type="checkbox"/> Uoplyst
<input type="checkbox"/> Ja - udelukkende klinisk bedømt	<input type="checkbox"/> Nej - udelukkende klinisk bedømt	



MPN, MDS og CM(M)L Opfølgningsskema 2 år

Deltager patienten i en behandlingsprotokol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Uoplyst
Er patienten knoglemarvstransplanteret	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
<i>Hvis ja: oplys transplantationstype</i>	<input type="checkbox"/> Autolog	<input type="checkbox"/> Konv. Allogen	<input type="checkbox"/> Mini-allogen
Transplantationsdato		_ _	_ _