



# MPN, MDS og CM(M)L Opfølgningsskema 5 år

CPR nr. \_\_\_\_\_ Navn \_\_\_\_\_  
Dato for indberetning af 5 års opfølgningsskema |\_\_|\_|\_|

## Udfyldes kun ved MPN

Behandling 2-5 år efter diagnosen (evt. flere krydser):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acetylsalicylsyre | <input type="checkbox"/> Venesection      | <input type="checkbox"/> Anagrelid                        |
| <input type="checkbox"/> Busulfan          | <input type="checkbox"/> Hydroxycarbamid  | <input type="checkbox"/> Statiner                         |
| <input type="checkbox"/> HDAC hæmmer       | <input type="checkbox"/> Interferon       | <input type="checkbox"/> Jak-2 inhibitor                  |
| <input type="checkbox"/> Anden behandling  | <input type="checkbox"/> Ingen behandling | <input type="checkbox"/> Anden blodfortyndende behandling |

Er der (mellem 2-5 år 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 (2-5 år 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 myelofibrose?  Ja  Nej

Hvis ja: Dato for progression til myelofibrose |\_\_|\_|\_|



# MPN, MDS og CM(M)L Opfølgningsskema 5 år

## Udfyldes kun ved CML

Behandling 2-5 år efter diagnosen (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  Ja  Nej

Hvis ja: Angiv BCR-ABL1 niveau (% IS) \_\_\_\_\_

Forandringer ud over t(9;22) påvist  Ja  Nej  Uoplyst

Undersøgt for mutation i forbindelse med behandlingsresistens  Ja  Nej  Uoplyst

Hvis ja: Mutation påvist?  Ja, Angiv hvilken (fritekst): \_\_\_\_\_  Ingen mutation påvist

Har patienten udviklet progression?  Nej  Accelereret fase  Blastfase

Hvis accelereret fase eller blastfase: 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 efter diagnosen  Ja  Nej  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 2-5 år efter diagnosen (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?  Ja  Nej

Hvis ja: Dato for progression til akut leukæmi |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

## Udfyldes kun ved MDS

Behandling 2-5 år efter diagnosen (evt. flere krydser):

<input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Erythropoietin	<input type="checkbox"/> G-CSF
<input type="checkbox"/> Jernkelerende 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?  Ja  Nej  Uoplyst

Hvis ja: Dato for progression til akut leukæmi |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

## Udfyldes for alle

Udvikling og/eller progression af splenomegali (2-5 år efter 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 5 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: opplys transplantationstype</i>	<input type="checkbox"/> Autolog	<input type="checkbox"/> Konv. Allogen	<input type="checkbox"/> Mini-allogen
Transplantationsdato		_ _	_ _