

Myelomatose Registrering

**Patientidentifikation - bopæl:**

**CPR-nr.**  |  |  |  |  - |  |  |  |  |

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

**Kommunenummer (bopæl)**  |  |  |  | **Diagnosedato**  |  |  |  |  |   
(dd mm åå)

**Diagnose:** Tidligere MGUS/Myelom Ja  Nej  Uvist   
MGUS  POEMS   
Myelomatose  Ossøst myelom  Ekstraossøst myelom  Plasmacelleleukæmi

**Plasmacelleprocent i udstrygning**  |  |  | **Monoklonale infiltrater i biopsi** Ja  Nej

**FISH Gennemført** Ja  Nej  | **Karyotypning gennemført ?** Ja  Nej

**Radiologiske knogleforandringer**  
Ingen  Diffus Halisterese  Enkelte Knogleforandringer  Multiple Knogleforandringer

**Sammenfald af corpora** Ja  Nej  | **Performance Status WHO**..... |

**Er der gennemført andre knogleundersøgelser** Ja  Nej

**Hvis ja, angiv hvilke(n):** Scintgrafi  DEXA  MR  CT  PET  Anden \_\_\_\_\_

Medullært tværsnitssyndrom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	Hæmoglobin <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Ekstramedullært myelom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	$\beta_2$ -microglobulin <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Amyloidose? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	Albumin <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Neuropati? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	Creatinin <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Hyperviskositet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	Calcium <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Dialysekrævende? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	CRP <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Bakterielle infekt. (>2/12md) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	LdH <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Materiale til Biobank Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	<small>Biobank materiale: <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Isol. Myelomceller <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> RNA <input type="checkbox"/> MNC <input type="checkbox"/> Andre marvceller <input type="checkbox"/> Marvplasma <input type="checkbox"/> MNC (ej fros) <input type="checkbox"/> Andet</small>
<b>Plasma M-Komponent?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	IgA <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Hvis ja, angiv hvilke(n): <b>Urin M-Komponent?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	IgG <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
Hvis ja, angiv hvilke(n): <b>Urin M-Komponent?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvist <input type="checkbox"/>	IgM <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
	Kappa <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>
IgD /IgE (Ved IgD el IgE MM) <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	Lambda <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>

Angiv **Planlagt** behandling (afkryds):

Cytostatika  Strålebehandling  Bisfosfonater  Autolog KMT  Allogen KMT

Thalidomid  Lenalidomid  Bortezomib  Stereoid(kun)  HDAC  Anden \_\_\_\_\_