

Akut lymfatisk leukemi hos vuxna Uppföljning

Insändes en gång årligen i 5 år och därefter vart 3:e år till:
Regionalt cancercentrum i respektive region

Inrapporteringsdatum år mån dag

Inrapporterande sjukhus/klinik

Inrapporterande läkare

Patientdata

Personnummer

____ - ____
år mån dag

Namn

Datum för senaste kliniska uppföljning:

____ år mån dag

Allogen stamcellstransplantation utförd sedan senaste uppföljning:

☐ Nej ☐ Ja

Allogen stamcellstransplantation utförd på behandlande klinik:

☐ Nej ☐ Ja

Transplanterande klinik:

*Första CR uppnått: ☐ Nej ☐ Ja

om ja, datum

____ år mån dag

Underhållsbehandling given: ☐ Nej ☐ Ja ☐ Pågår

Datum för avslutad underhållsbehandling:

____ år mån dag

Första recidiv konstaterat: ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum

____ år mån dag

Recidivtyp: ☐ Morfologiskt ☐ Molekylärgenetiskt ☐ Hematologisk ☐ CNS
 ☐ Extramedullärt ☐ Flödescytometriskt ☐ Ej undersökt

Recidiv lokal: ☐ Benmärg ☐ CNS ☐ Övrig

Ny induktion aktuell: ☐ Nej ☐ Ja om ja, ange datum för behandlingsstart

____ år mån dag

Andra CR uppnått: ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum

____ år mån dag

Andra recidiv konstaterat: ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum

____ år mån dag

Aktuell status för patienter som har haft minst två recidiv:

☐ Recidiv nr 2 ☐ CR 3 eller senare remission ☐ Recidiv 3 eller senare recidiv

Palliativt terapibeslut taget: ☐ Nej ☐ Ja om ja, datum

____ år mån dag



Om patienten är avliden ange orsak:

- ☐ Blodsjukdomen (inkl komplikation vid/till behandling av återfall) ☐ Behandlingsrelaterad död i remission
☐ Transplantationsrelaterad död ☐ Orelaterad till blodsjukdom och behandling ☐ Uppgift saknas

Remitterat till sjukhus/klinik

Uppföljande sjukhus _____ Uppföljande klinik _____

Ingen fortsatt uppföljning ☐ Orsak _____

RCC Syd 230201AKA

* Rapporteras endast om datum för första CR inte rapporterats på behandlingsformuläret

Om patienten är transplanterad sedan förra uppföljningstillfället, var vänlig och fyll i transplantationsformuläret.