

Akut lymfatisk leukemi hos vuxna Transplantationsblankett

Ifylles 1 år efter diagnosdatum om möjlighet till Allogen
stamcellstransplantation övervägts

Insändes till:

Regionalt cancercentrum i respektive region

Inrapporteringsdatum

år	mån	dag

Inrapporterande sjukhus/klinik

Inrapporterande läkare

Patientdata

Personnummer

								-				
år				mån				dag				

Namn

Stamcellstransplantation

MRD utförd inför SCT: ☐ Nej ☐ Ja

Vilken/vilka metoder har använts för att följa MRD inför SCT: ☐ Flödescytometri ☐ PCR (IgH, TCR) ☐ RT-PCR (bcr/abl)

Datum för MRD inför SCT (efter första konsolidering):

år	mån	dag

Flödescytometri

Påvisbar MRD: ☐ Nej ☐ Ja

Flödescytometri Påvisbar MRD ja:

- ☐ $\geq 1\%$
☐ 0,1 - 0,9%
☐ 0,01 - 0,099%
☐ $< 0,01\%$

Flödescytometri Påvisbar MRD nej:

- ☐ $< 0,1\%$
☐ $< 0,01\%$
☐ $< 0,001\%$

PCR (IgH, TCR)

Påvisbar MRD: ☐ Nej ☐ Ja

PCR (IgH, TCR) Påvisbar MRD ja:

- ☐ $\geq 1\%$
☐ 0,1 - 0,9%
☐ 0,01 - 0,099%
☐ $< 0,01\%$

PCR (IgH, TCR) Påvisbar MRD nej:

- ☐ $< 0,1\%$
☐ $< 0,01\%$
☐ $< 0,001\%$

RT-PCR (bcr/abl)

Påvisbar MRD: ☐ Nej ☐ Ja

RT-PCR (bcr/abl) Påvisbar MRD ja:

- ☐ $\geq 1\%$
☐ 0,1 - 0,9%
☐ 0,01 - 0,099%
☐ $< 0,01\%$

RT-PCR (bcr/abl) Påvisbar MRD nej:

- ☐ $< 0,1\%$
☐ $< 0,01\%$
☐ $< 0,001\%$

Allogen SCT utförd: ☐ Nej ☐ Ja

Om ja, ange datum:

år	mån	dag

Donator: ☐ Syskon ☐ Annan anhörig ☐ Obesläktad ☐ Haploidentisk donator

Stamcellskälla: ☐ Blod ☐ Benmärg ☐ Navelsträng

Status vid SCT: ☐ CR1 ☐ CR2 ☐ CR3 eller senare CR ☐ Primärt refraktär ☐ Refraktärt recidiv

Viktigaste anledning till att SCT inte är genomförd (fylls i om Allogen SCT ej är utförd):

☐ Blodsjukdomens status ☐ Patientens status eller önskemål ☐ Ingen passende allogen givare

Planeras SCT senare: ☐ Nej ☐ Ja