

MASTOCYTOS – ANMÄLAN Senast uppdaterad 2026-01-19		Personnummer (ÅÅÅÅ-MM-DD-XXXX) Namn	
Anmälande inrapportör: Sjukhus/ Klinik:		Blanketten gäller som canceranmälan Insändes till Regionalt Cancercentrum i respektive region om ej tillgång till INCA	
LEDTIDER När skrevs remiss till inrapporterande enhet Datum (ÅÅ-MM-DD) ☐ Ej aktuell ☐ Uppgift saknas Första patientbesök på inrapporterande enhet Datum: (ÅÅ-MM-DD) ☐ Ej aktuell ☐ Uppgift saknas Inremitterande ☐ Primärvård ☐ Dermatolog ☐ Allergolog ☐ Metabol/Endokrinolog ☐ Gastroenterolog ☐ Egen remiss ☐ Annan (specificera)			
DEBUTSYMPTOM Debut av första mastcellassocierade symtom Datum (ÅÅ) ☐ Uppgift saknas Typ av symtom: ☐ Hud ☐ Allergi ☐ GI ☐ Kardiovaskulära ☐ Neuropsykologiska ☐ Skelett ☐ Annan, specificera			
SLUTLIG DIAGNOS ☐ Indolent systemisk mastocytos (ISM) (97411/b) ☐ Smoldering systemisk mastocytos (SSM) (97411/b) ☐ Aggressiv systemisk mastocytos (ASM) (97413) ☐ Benmärgsmastocytos (BMM) (97411/b) ☐ Systemisk mastocytos med associerad hematologisk neoplasi (97413) ☐ Mastcellsleukemi (MCL) (97423) ☐ mMCAS (MMAS, ej canceranmälan) ☐ Kutan mastocytos (97401/b)			
DIAGNOSGRUND Diagnosdatum: (ÅÅ-MM-DD) <i>Avser första provet i utredningen som leder till diagnos</i> Ange samtliga ☐ Benmärgsaspirat Preparat.nr/ år/..... Diagnostiserande lab/ klinik ☐ S-Tryptas ☐ Benmärgsbiopsi Preparat.nr/ år/..... Diagnostiserande lab/ klinik ☐ Flödescytometri Preparat.nr/ år/..... Diagnostiserande lab/ klinik ☐ Klinisk undersökning ☐ Annan histopatologisk undersökning Preparat.nr/ år/..... Diagnostiserande lab/ klinik Ange organ			
DIAGNOSKRITERIER Huvudkriterium Aggregat av mastceller (<15 st) i benmärg eller annat organ ☐ Nej ☐ Ja ☐ Ej undersökt Underkriterier S-Tryptas >20 µg/L ☐ Nej ☐ Ja Ange värde ☐ Ej undersökt Avvikande mastcellsmorfologi ☐ Nej ☐ Ja ☐ Ej undersökt Aberrant uttryck av CD2 och /eller BD 25 på mastceller ☐ Nej ☐ Ja ☐ Ej undersökt Aberrant uttryck av CD30 på mastceller ☐ Nej ☐ Ja ☐ Ej undersökt			

Påvisad mutation i c-kit (D816V) – Benmärg	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej undersökt
Påvisad allelnivå %			
Påvisad mutation i c-kit (D816V) – Blod	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej undersökt
Påvisad allelnivå %			

KLINISKA FYND

Palpabel splenomegali	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej undersökt
Palpabel hepatomegali	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej undersökt
Lymfadenopati	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej undersökt
Hudförändringar förenliga med MCPM	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej undersökt

LABORATORIEDATA VID FÖRSTA BESÖK PÅ INRAPPORTERANDE ENHET

Provtagningsdatum (AAAA-MM-DD)

Hb g/L	☐ Ej utfört	LPK x 10 ⁹ /L	☐ Ej utfört	Eosinofila x 10 ⁹ /L	☐ Ej utfört
ASAT µkat/L	☐ Ej utfört	ALP µkat/L	☐ Ej utfört	S-Tryptas µg/L	☐ Ej utfört
TPK x 10 ⁹ /L	☐ Ej utfört	Neutrofila x 10 ⁹ /L	☐ Ej utfört	Monocyter x 10 ⁹ /L	☐ Ej utfört
ALAT µkat/L	☐ Ej utfört	Albumin mg/L	☐ Ej utfört		

S-Zink µmol/L ☐ Normalt ☐ Sub normalt Referensområde µmol/L
 (Ange aktuellt referensområde: 8–14 µmol/L eller 10–17 µmol/L)

SYMPTOM VID FÖRSTA BESÖK PÅ INRAPPORTERANDE ENHET

Hud

Flush	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt
Pruritus	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt
Blistering/bullae	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt

Anafylaxi

Andra allergiska symtom	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt
Allergiutredning utförd	☐ Nej	☐ Ja	
☐ IgE-medierad allergi ☐ Ej IgE-medierad allergi ☐ Allergi mot geting/bi Annan:			

Gastrointestinala <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>Kramp/smärta</td><td>☐ Nej</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Okänt</td></tr> <tr><td>Diarré</td><td>☐ Nej</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Okänt</td></tr> <tr><td>Dyspepsi</td><td>☐ Nej</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Okänt</td></tr> <tr><td>Ulcus ventrikel/duodeni</td><td>☐ Nej</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Okänt</td></tr> </table>	Kramp/smärta	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt	Diarré	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt	Dyspepsi	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt	Ulcus ventrikel/duodeni	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt	Kardiovaskulära <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>Hypotension</td><td>☐ Nej</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Okänt</td></tr> <tr><td>Hjärtklappning</td><td>☐ Nej</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Okänt</td></tr> </table>	Hypotension	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt	Hjärtklappning	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt
Kramp/smärta	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt																						
Diarré	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt																						
Dyspepsi	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt																						
Ulcus ventrikel/duodeni	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt																						
Hypotension	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt																						
Hjärtklappning	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt																						
Neuropsykiatriska symtom <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>Huvudvärk</td><td>☐ Nej</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Okänt</td></tr> <tr><td>Koncentrationssvårigheter</td><td>☐ Nej</td><td>☐ Ja</td><td>☐ Okänt</td></tr> </table>	Huvudvärk	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt	Koncentrationssvårigheter	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt	Skelettvärk ☐ Nej ☐ Ja ☐ Okänt Luftvägssymtom ☐ Nej ☐ Ja ☐ Okänt																
Huvudvärk	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt																						
Koncentrationssvårigheter	☐ Nej	☐ Ja	☐ Okänt																						

B-FYND OCH C-FYND

B-fynd	☐ Nej	☐ Ja	☐ Uppgift saknas
C-fynd	☐ Nej	☐ Ja	☐ Uppgift saknas

Osteolys ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas Ascites ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas Malabsorption ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas Hypersplenism ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas	Cytopeni ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas Portal hypertension ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas Hypoalbuminemi ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas
---	--

ANDRA UTREDNINGSFYND

Annan underliggande benmärgssjukdom (AHN) ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas
Om Ja, specificera: ☐ KMML ☐ MDS ☐ AML ☐ MPN ☐ KLL ☐ Annan
Påvisad genetisk avvikelse (förutom C-kit d816V) ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas
Om Ja, specificera: ☐ RUNX1 ☐ ASXL1 ☐ SFSR2 ☐ TET2 ☐ PDGFRA ☐ Annan
Annan malignitet ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas
Om Ja, specificera: ☐ Prostatacancer ☐ Bröstcancer ☐ Hud (exklusive melanom) ☐ Malignt melanom ☐ Lymfom
☐ Hematologiska diagnoser ☐ Tjocktarm ☐ Urinblåsa ☐ Ändtarm ☐ Bronk och lunga ☐ Gynekologisk cancer
☐ Annan malignitet, specificera

UTREDNING AV ORGANENGAGEMANG

Radiologi ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas
Om Ja: ☐ CT Thorax/buk ☐ Ultraljud
☐ Normalfynd ☐ Hepatomegali ☐ Splenomegali ☐ Lymfadenopati ☐ Skelettförändringar
☐ Annat fynd ☐ Uppgift om fynd saknas
DXA ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas
Om Ja: ☐ Z-score, värde ☐ Ländrygg ☐ Höft ☐ Helkropp
☐ T-score, värde ☐ Ländrygg ☐ Höft ☐ Helkropp
☐ Osteopeni ☐ Osteoporos
Tidigare fraktur (före diagnos) ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas
Om Ja, ☐ I kotpelare ☐ I långa rörben ☐ Annan, specificera
Hudbiopsi ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas
Om Ja, ☐ Mastcellsinfiltation ☐ Normalt ☐ Annat, specificera

BEHANDLING VID FÖRSTA BESÖK PÅ INRAPPORTERANDE ENHET

☐ Ingen behandling

H1-receptorblockerare	☐ Nej ☐ Ja	H2-receptorblockerare	☐ Nej ☐ Ja	
Leukotrienhämmare	☐ Nej ☐ Ja	Oral natriumhämmare	☐ Nej ☐ Ja	
Oral natriumkromoglikat	☐ Nej ☐ Ja	Adrenalinpenna	☐ Nej ☐ Ja	
Osteoporosbehandling	☐ Nej ☐ Ja			
Kalcium ☐ Nej ☐ Ja	D-vitamin ☐ Nej ☐ Ja	Bisfosfonater	☐ Nej ☐ Ja	Denosumab ☐ Nej ☐ Ja
Hyposensibilisering	☐ Nej ☐ Ja	UV-behandling	☐ Nej ☐ Ja	
α -interferon	☐ Nej ☐ Ja	Hydroxyurea	☐ Nej ☐ Ja	
Kladribin	☐ Nej ☐ Ja	Systemiska steroider	☐ Nej ☐ Ja	
Lokala steroider (tarm)	☐ Nej ☐ Ja			