

ΕΑΚΜΥΣ ID

EUMDS ID

Αύξων αριθμός
επίσκεψης

Ημερομηνία επίσκεψης



HMDS HELLENIC SOCIETY
OF HEMATOLOGY
MDS STUDY GROUP

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΤΜΗΜΑ ΜΥΕΛΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΥΠΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ (Ε.Α.Κ.Μ.Υ.Σ.)**



ΦΟΡΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ)

ΒΑΣΙΚΕΣ-ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

CASE REPORT FORM (FOLLOW UP)

CORE DATA SET

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ - ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΠΙ ΤΟΥ ΠΙΝΑΚΑ ΤΟ STATUS ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Karnofsky status:

Able to carry on normal activity and work; no special care needed	100	Normal - no complaints; no evidence of disease
	90	Able to carry on normal activity; minor signs or symptoms of disease
	80	Normal activity with effort; minor signs or symptoms of disease
Unable to work; able to live at home and care for most personal needs; varying amount of assistance needed	70	Care for self; unable to carry on normal activity or do active work
	60	Requires occasional assistance, able to care for most personal needs
	50	Requires considerable assistance and frequent medical care
Unable to care for self; requires equivalent of institutional or hospital care; disease may be progressing rapidly	40	Disabled, requires special care and assistance
	30	Severely disabled; hospital admission is indicated although death not imminent
	20	Very sick; hospital admission is necessary; active supportive treatment necessary
	10	Moribund; fatal processes progressing rapidly
	0	Dead

Διάγνωση / εξέλιξη της νόσου:

Μία από: (στο E-CRF επιλογή από drop-down menu)

5q- syndrome, RA, RARS, RCMD, RCMD-RS, RAEB-1, RAEB-2, MDS-U, CMML, άλλο μεικτό/υβριδικό MDS/MPD, Δευτεροπαθές MDS, OML με 20-29% βλάστες

***For full list of WHO diagnoses, see drop-down list on database**

Μία από:

Erythropoietin alpha: Eprex
 Erythropoietin beta: NeoRecormon
Ερυθροποιητικός παράγων (ESA)* Erythropoietin zeta: Retacrit
 Darbepoietin: Aranesp
 ESA biosimilars Binocrit, Epoetin Hexal, Abseamed
 Other

***Αν κάποια σχετική κατηγορία φαρμάκων δεν είναι στη λίστα, παρακαλώ επικοινωνήστε με το διαχειριστικό κέντρο δεδομένων του EU-MDS (enquiries@eumds.org)**

Σχήμα θεραπείας:

δηλαδή αριθμός ημερών ανά εβδομάδα, μία φορά ανά 2 ή ανά 3 εβδομάδες κλπ.

ΤΟ ΚΙΤΡΙΝΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΣΗΜΑΙΝΕΙ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ, ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΤΟ ΕΑΚΜΥΣ

ΕΑΚΜΥΣ ID

EUMDS ID

1. ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

Ημερομηνία επίσκεψης

DD / MM / YY

Τρέχουσα διάγνωση

Ημερομηνία επανασυγκατάθεσης

DD / MM / YY

Ημερομηνία διάγνωσης / εξέλιξης

DD / MM / YY

Σωματικό βάρος

kg

Κατάσταση ικανότητας κατά Karnovsky

2. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΔΣ

Χορηγήθηκε θεραπεία?

Y

N

Αν όχι προχωρήστε στο Τμήμα 4 - ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ (σελ.7)

Y/N

Ημερομ. έναρξης

Συνεχίζεται?

Ημερομην. διακοπής

Ερυθροποιητικοί παράγοντες

DD / MM / YY

DD / MM / YY

Επίπεδα ενδογενούς Ερο πρό θεραπείας

Όνομα ESA

Εβδομαδιαία δόση

Σχήμα

Ανταπόκριση (IWG)

βλέπε σελ. 4

Ημερομηνία ανταπόκρισης

DD / MM / YY

Ημερομηνία απώλειας της ανταπόκρισης

DD / MM / YY

ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Απομεθυλιωτικοί παράγοντες :	5-Αζακυτιδίνη, Δεσιταμπίνη
Ανταπόκριση:	<u>Μυελός</u> : ≤5% μυελοβλάστες με φυσιολογική ωρίμανση όλων των σειρών. Η επιμέρους υπερπλασία θα πρέπει να επισημαίνεται. <u>Περιφερικό αίμα</u> : Hb ≥11 g/dL, Αιμοπετάλια ≥100 x10 ⁹ /L, Ουδετερόφιλα ≥1.0x10 ⁹ /L, Βλάστες 0%
Πλήρης ύφεση (CR)	Όλα τα κριτήρια της CR, εφόσον ήταν παθολογικά προ θεραπείας εκτός από: Ποσοστό βλαστών μυελού ελαττωμένο ≥50% από το πρό της θεραπείας, αλλά >5%, ανεξάρτητα μορφολογικών ευρημάτων και κυτταροβρίθειας μυελού.
Μερική ύφεση (PR)	<u>Μυελός</u> : ≤5% βλάστες και ελάττωση ≥50% σε σχέση με πρό θεραπείας <u>Περιφερικό αίμα</u> : Αν υπάρχει και αιματολογική ανταπόκριση πέραν της CR, θα πρέπει να επισημαίνεται.
Ύφεση στον μυελό	Αποτυχία επίτευξης τουλάχιστον PR αλλά χωρίς ενδείξεις εξέλιξης για >8 εβδ.
Σταθερή νόσος	Τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω: επάνοδος στο πρό θεραπείας % βλαστών μυελού, ελάττωση ≥50% του αριθμού των αιμοπεταλίων ή των ουδετεροφίλων από το καλύτερο επίπεδο ανταπόκρισης, που είχε επιτευχθεί, ή ελάττωση της Hb κατά ≥1.5g/dL ή (επαν)εξάρτηση από μεταγγίσεις.
Υποτροπή μετά από CR ή PR	<u>Πλήρης</u> : εξαφάνιση των προϋπαρχουσών χρωμοσωμικών ανωμαλιών, χωρίς εμφάνιση νέων. <u>Μερική</u> : τουλάχιστον 50% ελάττωση των μεταφάσεων με τις ανωμαλίες
Κυτταρογενετική ανταπόκριση	<u>Ασθενείς με:</u> => που εμφανίζουν <5% βλάστες: ≥50% αύξηση βλαστών σε επίπεδο >5% βλάστες 5-10% βλάστες: ≥50% αύξηση βλαστών σε επίπεδα >10% βλάστες 10-20% βλάστες: ≥50% αύξηση βλαστών σε επίπεδα >20% βλάστες 20-30% βλάστες: ≥50% αύξηση βλαστών σε επίπεδα >30% βλάστες ή/και οποιοδήποτε από τα παρακάτω: τουλάχιστον 50% ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων ή των ουδετεροφίλων από την καλύτερη τιμή της ύφεσης, ή ελάττωση της Hb κατά ≥2 g/dL, ή (επαν)εξάρτηση από μεταγγίσεις.
Εξέλιξη της νόσου	

Αιματολογική βελτίωση

Ερυθροποιητική ανταπόκριση (πρό θεραπείας <11g/dL)

Αύξηση της Hb κατά ≥1.5 g/dL.

Ελάττωση των μεταγγιζόμενων μονάδων ερυθροκυττάρων κατά τουλάχιστον 4 μονάδες ανά 8 εβδομάδες, σε σχέση με τον πρό θεραπείας ρυθμό μεταγγίσεων σε 8 εβδομάδες. Μόνο οι μονάδες ερυθροκυττάρων που χορηγήθηκαν σε ασθενείς με Hb <9 g/dL πρό θεραπείας θα υπολογιστούν στην αξιολόγηση της ερυθροποιητικής ανταπόκρισης.

Ανταπόκριση των αιμοπεταλίων (προ θεραπείας τιμές <100x10⁹/L)

Απόλυτη αύξηση των αιμοπεταλίων κατά ≥30x10⁹/L για ασθενείς που ξεκίνησαν με τιμή >20x10⁹/L

Διπλασιασμός του αριθμού των αιμοπεταλίων για ασθενείς με <20x10⁹/L σε >20x10⁹/L.

Ανταπόκριση των ουδετεροφίλων (προ θεραπείας <1.0x10⁹/L)

Τουλάχιστον 100% αύξηση (διπλασιασμός) και διατήρηση αύξησης κατά >0.5x10⁹/L.

Εξέλιξη της νόσου ή υποτροπή μετά από αιματολογική ανταπόκριση (τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω):

Τουλάχιστον 50% ελάττωση από τα προηγούμενα επιτευχθέντα επίπεδα ουδετεροφίλων ή/και αιμοπεταλίων.

Ελάττωση της Hb κατά ≥1.5g/dL.

(Επαν)εξάρτηση από μεταγγίσεις.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ MDS (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

	Υ/Ν	Ημερομ. έναρξης	Συνεχίζεται?	Ημερομ. διακοπής
G-CSF	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY
Απομεθυλιωτικός παράγων	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY
Είδος απομεθυλιωτικού παράγοντα				
Συνολική δόση			Σχήμα θεραπείας	
Τρόπος χορήγησης	Υποδορίως <input type="checkbox"/>		Ενδοφλεβίως <input type="checkbox"/>	Από το στόμα <input type="checkbox"/>
Αριθμός κύκλων / εβδομάδες			Ανταπόκριση	κοιτάξτε την αρ. σελίδα
Ημερομηνία ανταπόκρισης	DD / MM / YY		Ημερομηνία απώλειας της ανταπόκρισης	DD / MM / YY
Λεναλιδομίδη	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY
Ανοσοκατασταλτικός παράγων	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Εντατική χημειοθεραπεία

Είδος: Θεραπεία εφόδου:

- i) Standard δόση: Κυταραβίνη (CYT) + Ανθρακυκλίνες (3+7): Νταουνορουμπικίνη (DNR), Ιδαρουμπικίνη, Μιτοξανδρόνη
- ii) Standard δόση CYT + αυξημένη δόση ανθρακυκλινών: π.χ. 60 mg DNR
- iii) Αυξημένη δόση CYT >1000 mg/kg/d για 3-6 ημέρες + Ανθρακυκλίνες
- iv) Standard δόση CYT + Ανθρακυκλίνες + ειδικοί αναστολείς π.χ. αναστολείς FLT3
- v) Standard δόση CYT + Ανθρακυκλίνες + άλλα φάρμακα, π.χ. gentuzimab ozogamycin (GO)

Θεραπεία εδραίωσης - σταθεροποίησης:

- i) Standard δόση CYT + Ανθρακυκλίνες (3+7): Daunorubicine (DNR), Idarubicine, Mitoxantrone
- ii) Standard δόση CYT + αυξημένη δόση ανθρακυκλινών: π.χ. 60 mg DNR
- iii) Αυξημένη δόση CYT >1000 mg/kg/d για 3-6 ημέρες + Ανθρακυκλίνες
- iv) Standard δόση CYT + Ανθρακυκλίνες + ειδικοί αναστολείς π.χ. αναστολείς FLT3
- v) Standard δόση CYT + Ανθρακυκλίνες + άλλα φάρμακα, π.χ. gentuzimab ozogamycin (GO)

Θεραπεία συντήρησης:

Προσδιορίστε τα φάρμακα

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ MDS (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

	Y/N	Ημερομ. έναρξης	Συνεχίζεται?	Ημερομ. λήξης
Εντατική χημειοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>
1				
Θεραπεία εφόδου	<input type="checkbox" value="Y"/>	<input type="checkbox" value="N"/>		
Είδος ΧΜΘ εφόδου	<input type="text"/>			
Αρ. κύκλων / συνεδριών	<input type="text"/>		CR <input type="checkbox" value="Y"/>	<input type="checkbox" value="N"/>
Ημερομηνία επίτευξης CR	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>		Ημερομηνία απώλειας της ανταπόκρισης	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>
2				
Θεραπεία εδραίωσης	<input type="checkbox" value="Y"/>	<input type="checkbox" value="N"/>		
Είδος θεραπείας εδραίωσης	<input type="text"/>			
Αρ. κύκλων / συνεδριών	<input type="text"/>		CR <input type="checkbox" value="Y"/>	<input type="checkbox" value="N"/>
Ημερομ. επίτευξης CR	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>		Ημερομ. απώλειας της ανταπόκρισης	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>
3				
Θεραπεία συντήρησης	<input type="checkbox" value="Y"/>	<input type="checkbox" value="N"/>		
Είδος θεραπείας συντήρησης (προσδιορίστε)	<input type="text"/>			
Αρ. κύκλων / συνεδριών	<input type="text"/>		CR <input type="checkbox" value="Y"/>	<input type="checkbox" value="N"/>
Ημερομ. επίτευξης CR	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>		Ημερομ. απώλειας της ανταπόκρισης	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Αλλογενής μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων

Είδος μοσχεύματος:

Σημειώστε τι χορηγήθηκε

- Μυελικό Περιφερικού αίματος Ομφαλοπλακούντιο

Σχέση του δότη:

Σημειώστε τι ισχύει

- Συμβατός αδελφός όχι δίδυμος Δίδυμος αδελφός
 Πλήρως συμβατό μή συγγενικό μόσχευμα Ομφαλοπλακούντιο συμβατό μόσχευμα Ομφαλοπλακούντιο μη πλήρως συμβατό
 Μη πλήρως συμβατό συγγενικό Μη πλήρως συμβατό μη συγγενικό
 Απλοταυτόσημο μόσχευμα

Status της νόσου πρό μεταμόσχευσης:

Προ μεταμόσχευσης χορηγήθηκαν ΗΜΑ,
Δεν χορηγήθηκε εισαγωγική θεραπεία
Νόσος σε CR προ μεταμόσχευσης,
Όχι CR προ μεταμόσχευσης είτε υποτροπή μετά από προηγούμενη CR

Χορηγήθηκε συμβατική χημειοθεραπεία

Διάγνωση κατά WHO:

Ακριβής διάγνωση του προθεραπευμένου ασθενούς πριν από το σχήμα προετοιμασίας

Να σημειωθεί εδώ =>

Εξάρτηση από μεταγγίσεις: > 2 μονάδες RBC ανά 8 εβδομάδες

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ MDS (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

Αλλογενής μεταμόσχευση

Δηλώθηκε στο EBMT?

Y

N

EBMT ID

Είδος μοσχεύματος

Τύπος δότη

Σχήμα προετοιμασίας

Standard (μυελοαφανιστικό)

Ελαττωμένης έντασης

Πληροφορίες ασθενούς πριν το σχήμα προετοιμασίας:

Εισαγωγική θεραπεία

Status της νόσου

Διάγνωση κατά WHO

IPSS-R score

Ποσοστό βλαστών μυελού

Αρ. ουδετεροφίλων

Αριθμός αιμοπεταλίων

Αιμοσφαιρίνη

 (units)

Εξάρτηση από μεταγγίσεις RBC

Y

N

Κυτταρογενετικά ευρήματα

Πληροφορίες προ μεταμόσχευσης:

Μοριακό profile

μετάλλαξη TP53

Y

N

Άλλοι θεραπευτικοί παράγοντες*

Παγίδες του προσδέτη του υποδοχέα ακτιβίνης / αναστολείς TGFβ/GDF-1:	π.χ. luspatercept, sotatercept
Αναστολείς αποακετυλάσης ιστόνης:	π.χ. vorinostat, panobinostat, pracinostat, romidepsin
Αναστολείς JAK-1/JAK-2 κινάσης:	π.χ. ruxolitinib, pacritinib, momelotinib
Ανστολείς bcl-2:	π.χ. venetoclax
Αναστολείς NEDD8:	π.χ. pevonedistat
Αναστολείς HTERT:	π.χ. imetelstat
Αναστολείς ανοσιακού ελέγχου:	π.χ. ipiluminab, nivolumab, pemrpolizumab, atezolizumab
Θρομβοποιητινομιμητικοί παράγοντες:	π.χ. eltrombopag, romiplostin
Ανστολείς FLT3:	π.χ. midostaurin, quizartinib, gilteritinib, crenolanib
Αναστολείς άλλων κινασών:	π.χ. rigosertib, volasertib, alisertib, glasdegib
Αναστολείς IDH-1 / IDH-2:	π.χ. enasidenib, ivosidenib
Τροποποιητές srliseosome, άλλα φάρμακα	

*Αν κάποια σχετική κατηγορία φαρμάκων δεν είναι στη λίστα, παρακαλώ επικοινωνήστε με το διαχειριστικό κέντρο δεδομένων του EU-MDS (enquiries@eumds.org)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ MDS (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

	Υ/Ν	Ημερομ. έναρξης	Συνεχίζεται?	Ημερομ. λήξης
Άλλο φάρμακο	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY
Όνομα φαρμάκου / κατηγορία				
Ανταπόκριση στη θεραπεία		CR / PR / PD	Αιματολογική ανταπόκριση	
Ημερομηνία ανταπόκρισης		DD / MM / YY	Ημερομηνία υποτροπής	DD / MM / YY
<hr/>				
	Υ/Ν	Ημερομ. έναρξης	Συνεχίζεται?	Ημερομ. λήξης
Άλλο φάρμακο (2)	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY
Όνομα φαρμάκου / κατηγορία				
Ανταπόκριση		CR / PR / PD	Αιματολογική ανταπόκριση	
Ημερομηνία ανταπόκρισης		DD / MM / YY	Ημερομηνία υποτροπής	DD / MM / YY
<hr/>				
	Υ/Ν	Ημερομ. έναρξης	Συνεχίζεται?	Ημερομ. λήξης
Άλλο φάρμακο (3)	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY
Όνομα φαρμάκου / κατηγορία				
Ανταπόκριση		CR / PR / PD	Αιματολογική ανταπόκριση	
Ημερομηνία ανταπόκρισης		DD / MM / YY	Ημερομηνία υποτροπής	DD / MM / YY
<hr/>				
Κλινική μελέτη	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YY		

3. ΧΗΛΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΙΔΗΡΟΥ

Χορηγήθηκε θεραπεία αποσιδήρωσης? Y N *Αν όχι, παρακαλώ προχωρήστε στο τμήμα 4 - ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ (σελ. 13)*

	Y/N	Ημερήσια δόση	Σχήμα	Ημερομ. έναρξης	Ημερομ. λήξης* / Συνεχίζεται
Δεσφερριοξαμίνη	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>
				Οδός χορήγησης	<input type="text" value="IV / SC"/>
Δεφεριπρόνη	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>
Δεφεραζιρόξη (εναιώρημα)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>
Δεφεραζιρόξη (δισκίο)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>
Φερριτίνη (προ-θεραπείας)		<input type="text" value="(μονάδες)"/>	Ημερομηνία	<input type="text" value="DD / MM / YY"/>	

*Αν η θεραπεία διεκόπη, να σημειωθεί ο λόγος διακοπής

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Ημερομηνία λήψης δείγματος: Ημερομηνία λήψης του πρό μετάγγισης δείγματος αίματος

Αιμοσφαιρίνη: Τιμή αιμοσφαιρίνης πρό μετάγγισης

Καρδιακή νόσος
Αρρυθμία: Κολπικός πτερυγισμός ή μαρμαρυγή, σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου, και κοιλιακές αρρυθμίες

4. ΜΕΤΑΓΓΙΣΕΙΣ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΝ (ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ)

Χορηγήθηκαν μεταγγίσεις? Y N *Αν όχι, προχωρήστε στο τμήμα 5 - ΝΕΑ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (παρακάτω)*

Συνολικός αριθμός μονάδων RBC που μεταγγίστηκαν από την τελευταία επίσκεψη

Τελευταία μετάγγιση

Ημερομηνία τελευταίας μετάγγισης

Αριθμός μονάδων (ασκών) που μεταγγίστηκαν

Ημερομηνία λήψης του πρό-μετάγγισης δείγματος

Πρό-μετάγγισης Hb

5. ΝΕΑ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Καρδιακή νόσος

	Y/N	Ημερομ. έναρξης (μήνας/έτος)	Ημερομ. λήξης (μήνας/έτος)	Συνεχίζεται?
Προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Στηθάγχη	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αρρυθμία	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Βαλβιδοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Κλάσμα εξώθησης \leq 50%	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Αναπνευστική δυσχέρεια/ συμπτώματα

Δύσπνοια με μέτρια προσπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Δύσπνοια με μικρή προσπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Δύσπνοια ηρεμίας / ανάγκη οξυγόνου	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Λοιμώξεις:

Που απαιτήσαν συνέχιση της αντιμικροβιακής θεραπείας μετά την ημέρα 0

Ενδοκρινική δυσλειτουργία

Σακχαρώδης Διαβήτης:

Που απαιτήσε θεραπεία με ινσουλίνη ή υπογλυκαιμικούς παράγοντες από το στόμα
αλλά όχι μόνο δίαιτα

Νεφροπάθεια:

Κρεατινίνη ορού > 2mg/dl, ή εξωνεφρική κάθαρση

ΝΕΑ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

	Υ/Ν	Μήνας/έτος έναρξης	Μήνας / έτος λήξης	Συνεχίζεται?
Λοίμωξη	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Οφθαλμικές νόσοι				
Θολρότητες φακού	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Εκφύλιση ωχράς κηλίδος	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλη νόσος	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ειδικότερα</i>		<input type="text"/>		
Διαταραχή της ακοής	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ενδοκρινική δυσλειτουργία				
Σακχαρώδης Διαβήτης	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Θυρεοειδοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Διαταραχές της υποφυσιακής λειτουρ.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Διαταραχές των γονάδων	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Διαταραχές των επινεφριδίων	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Νεφροπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Νεοπλασματική νόσος	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου:** Νόσος του Crohn ή ελκώδης κολίτις
- Αγγειακή εγκεφαλική νόσος:** Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, θρομβωτικό ή αιμορραγικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Ρευματική νόσος:** Συστηματικός Ερυθηματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτις, πολυμυοσίτις, σύνδρομο Sjogren, μεικτή νόσος του συνδετικού ιστού, ρευματική πολυμυαλγία, συστηματική αγγειίτιδα, νόσος Behcet.
- Ηπατική νόσος:** Ηπατική κίρρωση, χολερυθρίνη >1.5 x αν. φυσ. όριο ή AST/ALT >2.5 x αν. φυσ. όριο

ΝΕΑ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

	Y/N	Μήνας/έτος έναρξης	Μήνας/έτος λήξης	Συνεχίζεται?
Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αγγειακή εγκεφαλική νόσος	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ρευματική νόσος	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ηπατική νόσος	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Πεπτικό έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αυτοάνοσο νόσημα	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Μεταμόσχευση οργάνου	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

6. ΣΥΓΧΡΟΝΩΣ ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

	Y/N	Έναρξη (έτος τουλάχιστον)	Τέλος θεραπείας (έτος τουλ.)	Συνεχίζεται?
Αντιαιμοπεταλιακά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αντιπηκτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Υπολιπιδαιμικοί παράγοντες	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Διουρητικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

ΣΥΓΧΡΟΝΩΣ ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

	Y/N	Έναρξη (έτος τουλάχιστον)	Λήξη (έτος τουλάχιστον)	Συνεχίζεται?
Κορτικοστεροειδή	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Οιστρογόνα σαν υποκατάσταση	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλη ορμονική θεραπεία	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αναστολείς αντλίας πρωτονίων	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αντιϋπερτασικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αντιαρρυθμικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Οξυγόνο κατ' οίκον	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αντιεπιληπτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Βιταμίνη Β12	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Φυλλικό οξύ	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Σίδηρος σαν υποκατάσταση	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αντικαταθλιπτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αντιλοιμώδη άλλα	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

ΣΥΓΧΡΟΝΩΣ ΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΣΥΝΟΔΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

	Υ/Ν	Έναρξη (έτος τουλάχιστον)	Λήξη (έτος τουλάχιστον)	Συνεχίζεται?
Αντιδιαβητικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Μετφορμίνη	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Δόση μετφορμίνης κατά την επίσκεψη	<input type="text"/>			
Ινσουλίνη	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Συνολικές μονάδες ημερησίως	<input type="text"/>			
Άλλα αντιδιαβητικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ειδικότερα ποιά	<input type="text"/>			
Αντιφλεγμονώδη	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Οπιούχα αναλγητικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Διφωσφονικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Αντιθυρεοειδικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ακτινοθεραπεία	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ανοσοκατασταλτικά	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλα	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ειδικότερα ποιά	<input type="text"/>			

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

**Ημερομηνία λήψης
δείγματος αίματος:**

Αν ο εργαστηριακός έλεγχος πραγματοποιείται περισσότερο από μία ημέρα μετά την αιμοληψία, παρακαλούμε να σημειώνεται την ημερομηνία αιμοληψίας και αναφέρατε την διαφορά ημερών στο σχετικό πλαίσιο των σχολίων

ΤΟ ΚΙΤΡΙΝΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΥΠΟΔΗΛΩΝΕΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ, ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΤΟ ΕΑΚΜΥΣ

7. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Ημερομηνία λήψης δείγματος αίματος	DD / MM / YY		Άωρα κοκκιοκύτταρα εκτός των βλαστών	(%)
Βλάστες περιφερικού αίματος			Επίπεδα ενδογενούς ερυθροποιητίνης	(iU/L)
Αιμοσφαιρίνη (Hb)		(units)	LDH	(iU/L)
Λευκά αιμοσφαίρια		(units)	ALT	(iU/L)
Αιμοπετάλια		(units)	AST	(iU/L)
Αριθμός ερυθρών αιμ.	(10 ¹² /L)		γ-GT	(units)
Mean corpuscular value (MCV)		(fl)	Κρεατινίνη	(units)
Ουδετερόφιλα			Γλυκόζη	(units)
Λεμφοκύτταρα			Σίδηρος	(units)
Μονοκύτταρα			Ολική σιδηροδεσμευτική ικανότητα ορού	(units)
Ηωσινόφιλα			Φερριτίνη	(units)
Βασεόφιλα			β2-μικροσφαιρίνη	(units)
Δικτυοερυθροκύτταρα			IgG	(units)
CRP		(units)	IgA	(units)
Αλβουμίνη		(units)	IgM	(units)
Ουρικό		(units)	Άλλη παράμετρος (ποιά)	
Ολική χολερυθρίνη		(units)	Ποιοτική περιγραφή πρωτεϊνογράμματος	Όχι διαθέσιμο = X Φυσιολογικό = A Υπο-γ-σφαιριναιμία = E
Αύξηση α2-σφαιρ. μόνο = B Πολυκλωνική υπερ-γ-σφαιριναιμία = Γ Παρουσία Μονοκλ. κλάσματος = Δ				
Εμπύρηνα Ερυθρά / Άλλα μορφολογικά ευρήματα περιφ. αίματος				

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Κατάταξη μυελού βάσει κυτταροβρίθειας:	Υπερκυτταρικός :	70% +
	Νορμοκυτταρικός:	30 - 69%
	Υποκυτταρικός :	0 - 29%

IPSS κατηγοριοποίηση κυτταρογενετικών ευρημάτων:

Καλής πρόγνωσης	-Y, del(5q), del(20q)
Ενδιάμεσης πρόγνωσης	Όλες οι άλλες κυτταρογενετικές ανωμαλίες
Δυσμενούς πρόγνωσης	≥3 ανωμαλίες ή διαταραχές του χρωμοσώματος 7

IPSS-R κατηγοριοποίηση κυτταρογενετικών ευρημάτων:

Πολύ καλής πρόγνωσης	-Y, del(11q)
Καλής πρόγνωσης	46XX/ή XY, del(5q), del(12p), del(20q), διπλή ανωμαλία με del(5q)
Ενδιάμεσης πρόγνωσης	del(7q), +8 +19, i(17q), κάθε άλλη μονή ή διπλή ανωμαλία
Κακής πρόγνωσης	-7, inv(3)/t(3q)/del(3q), διπλές με -7/del(7q), σύνθετες με 3 ανωμ.
Πολύ κακής πρόγνωσης	Σύνθετες με >3 ανωμαλίες

8. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΜΥΕΛΟΥ

Επίχρισμα μυελού

Έγινε αναρρόφηση μυελού? Y N *Αν όχι προχωρήστε στην αξιολόγηση της βιοψίας του μυελού (παρακάτω)*

Ημερομ. αναρρόφ. Ποσοστό βλαστών μυελού (%)

Δακτυλιοειδείς σιδηροβλάστες %

Δυσπλασίες Δυσερυθροποίηση Δυσκοκκιοποίηση Δυσμεγακαρουποίηση

Κυτταροβρίθεια Αυξημένη Φυσιολογική Ελαττωμένη Άγνωστη

Οστεομυελική βιοψία

Έγινε οστεομυελική βιοψία? Y N *Αν όχι, προχωρήστε στο Τμήμα 9, - ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗ, παρακάτω*

Ημερομ. βιοψίας Βλάστες μυελού (%) Ολικά λεμφοκύτταρα μυελού (%)

Βαθμός ίνωσης Οζώδεις λεμφοκυτταρικές αθροίσεις μυελού Y N ?

Δυσπλασίες Δυσερυθροποίηση Δυσκοκκιοποίηση Δυσμεγακαρουποίηση

Λιποκύτταρα (%) Αυξημένη Φυσιολογική Χαμηλή Άγνωστη

9. ΚΥΤΤΑΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗ

Αρ. φυσιολογ. μεταφάσεων (αριθμός) ISCN karyotype string

Αρ. παθολογ. μεταφάσεων (αριθμός) Ημερομ. εκτίμησης

Κυτταρογ. κατηγορία IPSS Καλής Ενδιάμεσης Κακής Όχι στοιχεία Όχι στοιχεία

Κυτταρογ. κατηγορία IPSS-R Πολύ καλής πρόγνωσης Καλής Ενδιάμεσης Κακής Πολύ κακής

Οποιοδήποτε άλλο περιγραφικό εύρημα του επιχρίσματος ή της βιοψίας

ΤΟ ΚΙΤΡΙΝΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΥΠΟΔΗΛΩΝΕΙ ΕΠΙΠΕΘΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ, ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΤΟ ΕΑΚΜΥΣ

Προγνωστική κατηγορία (παρακαλώ μαρκάρετε)

	Score	Very Low	Low	Intermed.	High	Very High	Άγνωστο
Ανανεωμένη προγνωστική κατηγοριοποίηση κατά WPSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανανεωμένη προγνωστική κατηγοριοποίηση κατά IPSS-R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Ασθενής χαμένος από παρακολούθηση: Ημερομηνία τελευταίας επαφής είναι η ημερομηνία της τελευταίας επικοινωνίας οποιασδήποτε μορφής.

Αιτία θανάτου: Μία από :

- Μυελοδυσπλαστικό Σύνδρομο
- Οξεία Μυελογενής Λευχαιμία
- Αιμορραγία
- Λοίμωξη
- Καρδιαγγειακή νόσος
- Ηπατική νόσος
- Πνευμονική νόσος
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Άλλη νεοπλασματική νόσος
- Ατύχημα
- Άλλη
- Άγνωστη

10. ΤΕΛΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Χάθηκε από παρακολούθηση

Ημερομηνία:

Ο ασθενής απεβίωσε

Ημερομηνία θανάτου:

Σχετιζόμενη με το MDS Ασχετη με το MDS Σχετιζόμενη με OML

Αιτία θανάτου

Απόσυρση συγκατάθεσης

Ημερομηνία:
