

Henvisningsskema for til allogen HSCT

Visitationsudvalget for allogen HSCT
Blodsygdomme Transplantationsafsnit
Aarhus Universitetshospital
Palle Juul-Jensens Boulevard 99
8200 Aarhus N

Tlf: 7845 5820
Mail: auh.allogen.transplantationsudvalg@rm.dk
Sygehus/afdeling: 6620149

1. Patient ID	
Navn:	
CPR:	Tlf:

2. Kontaktoplysninger til henvisende afdeling			
Henvisende læge		Tlf:	
Sygehus			
Sekretær		Tlf:	

3. Potentielle donor(er) inkl. CMV antistof-status	
Tilgængelig søskendedonor	<input type="checkbox"/>
Tilgængelig Match/ Mismatch Unrelated Donor	<input type="checkbox"/>
Tilgængelige Haplo donor	<input type="checkbox"/>
Vævstypesvar <u>SKAL</u> vedlægges	<input type="checkbox"/>

4. Patient data			
Henvisningsdiagnose, inkl. subklassifikation og kode			
Diagnose dato			
Allergier			
Bærer af antibiotikaresistent bakterie, som kan kræve isolation			
Væsentlige tidligere/andre sygdomme (herunder estimeret overlevelse efter tidligere malign sygdom)			
Psykiske problemstillinger			
Særlige sociale problemer Bor patienten alene			
Alkohol/Tobak			
Vægt/højde	Aktuelle vægt:	Habitual vægt:	Højde:

5. Resumé af sygdom som patienten skal transplanteres for

Her ønskes resumé af det hæmatologiske sygdomsforløb, klassifikation af sygdom med baggrund i cytogenetik, molekulære fund, stadietinddeling, respons på behandlinger etc. Der ønskes anført hvilke behandlinger, der er givet, og datoer herfor (for lymfom udfyldes behandling og responsevaluering under pkt. 6), respons på behandlinger, komplikationer under behandlingerne samt aktuelle sygdomsstatus.

Dokumentation som skal vedlægges:

A) vævsanalyser ved diagnose og ved henvisningen	Hvis svar ikke kan tilgås i Patoweb, bedes det vedlagt. F.eks. svar på flowcytometri, cytogenetik og molekulære svar.
B) Billeddiagnostik til sygdomsevaluering	Der ønskes som minimum vedlagt kopi af seneste statusskanning, mens øvrige skannings-svar kan tilgås i Sundhedsjournalen. Vigtigt at der oplyses nøjagtige datoer for undersøgelserne!
C) Dokumentation for behandling	Vedlæg kopi af cytostatikabehandlingskemaer.
D) Infektionskomplikationer	F.eks. positive blodrykninger, CMV-svar hvis reaktivering, dokumentation for svampeinfektioner inkl. svar på HRCT.
E) Organtoksicitet	Der ønskes vedlagt svar på ekkokardiografi. Svar på udvidet lungefunktionsundersøgelse skal udføres på alle patienter med rygeanamnese, kendt lungesygdom, lungekomplikationer i behandlingsforløbet og alder ≥ 70 år. Må dog gerne udføres på alle.

Henvisningsskema for til allogen HSCT

6. Lymfom behandling og respons evaluering:				
No. 1	Hvilket regime	Dato for start	Respons til behandling <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Stabil <input type="checkbox"/> Relaps/Refraktær/progression/ukendt	Dato for respons-evaluering
No. 2	Hvilket regime	Dato for start	Respons til behandling <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Stabil <input type="checkbox"/> Relaps/Refraktær/progression/ukendt	Dato for respons evaluering
No. 3	Hvilket regime	Dato for start	Respons til behandling <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Stabil <input type="checkbox"/> Relaps/Refraktær/progression/ukendt	Dato for respons evaluering
No. 4	Hvilket regime	Dato for start	Respons til behandling <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Stabil <input type="checkbox"/> Relaps/Refraktær/progression/ukendt	Dato for respons evaluering
No. 5	Hvilket regime	Dato for start	Respons til behandling <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Stabil <input type="checkbox"/> Relaps/Refraktær/progression/ukendt	Dato for respons evaluering

7. Karnofsky status		
Vælg den formulering, som bedst beskriver patientens status og kryds af		
I stand til at opretholde normal aktivitet, der er ikke behov for pleje		
100	Normal; ingen klager; ingen tegn på sygdom	<input type="checkbox"/>
90	I stand til at opretholde normal aktivitet	<input type="checkbox"/>
80	Normalt aktiv, men med anstrengelse	<input type="checkbox"/>
Ikke i stand til at arbejde; kan bo i hjemmet og varetage de fleste personlige behov; et vekslende omfang af bistand er nødvendig		
70	Kan klare sin egen omsorg; ikke i stand til almindelig aktivitet og uarbejdsdygtig	<input type="checkbox"/>
60	Kræver lejlighedsvis bistand, men kan tage sig af de fleste egne behov	<input type="checkbox"/>

Henvisningsskema for til allogen HSCT

50	Behøver betydelig bistand og hyppig lægehjælp	<input type="checkbox"/>
Ikke selvhjulpen. Behøver institutions- eller hospitalsophold; sygdommen kan progrediere hastigt		
40	Svækket; kræver speciel pleje og hjælp	<input type="checkbox"/>
30	Alvorligt svækket. Hospitalsindlæggelse er indiceret, selvom døden ikke er umiddelbart forestående	<input type="checkbox"/>
20	Meget syg; hospitalsindlæggelse nødvendig	<input type="checkbox"/>
10	Døende; hurtigt fremadskrivende fatal proces	<input type="checkbox"/>

8. Komorbiditetsskema (Skal kun udfyldes med afkrydsning af ja eller nej)					
Score* udfyldes af AUH	Komorbiditet	Definitioner	Komorbiditet		Aktuelle laboratorieværdier/kommentarer
			JA	NEJ	
1	Arytmier	Tidligere behandlingskrævende atrieflimmer eller -flagren, syg sinus-syndrom og ventrikulære arytmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Kardiel	Tidligere koronar-arterie sygdom, hjerteinsufficiens eller myokardieinfarkt ¹⁾ , eller EF \leq 50% på transplantationstidspunktet ²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Inflammatorisk tarmsygdom	Tidligere behandlingskrævende Morbus Crohn eller Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Diabetes	Behandlingskrævende med insulin eller perorale antibiotika, ikke diæt alene, på transplantationstidspunktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Cerebrovaskulær sygdom	Tidligere TCI eller cerebrovaskulært insult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Psykkiske forstyrrelser	Depression/angst der kræver psykiatrisk vurdering eller behandling på transplantationstidspunktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Leversygdom – mild	Kronisk hepatitis, bilirubin $>$ ULN ³⁾ til 1,5 x ULN eller AST/ALT ⁴⁾ $>$ ULN til 2,5 x ULN ³⁾ på transplantationstidspunktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Henvisningsskema for til allogen HSCT

3	Moderat/svær leversygdom	Levercirrhose, bilirubin > 1,5 x ULN ³⁾ eller AST/ALT ⁴⁾ > ULN til 2,5 x ULN ³⁾ på transplantationstidspunktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Overvægt	Voksne: BMI > 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Infektion	Dokumenteret infektion eller feber af ukendt årsag som er behandlingskrævende, før, under og efter start af konditionering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Reumatologi	Tidligere systemisk lupus erythematosus (SLE), reumatoid artrit (RA), polymyositis, bindevævssygdom (CTD) eller polymyalgia rheumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Mavesår	Tidligere behandlingskrævende mavesår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Nyrelidelse	Serum-kreatinin > 0,177 mmol/l eller i dialyse på transplantationstidspunktet eller tidligere nyretransplanteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Moderat lungelidelse	Diffusionskapacitet og/eller FEV ₁ ≤ 65 og < 80% eller dyspnø ved let fysisk aktivitet på transplantationstidspunktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Svær lungelidelse	Diffusionskapacitet og/eller FEV ₁ ≤ 65 eller hviledyspnø eller iltkrævende på transplantationstidspunktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Tidligere tumor	Tidligere behandlingskrævende tumor, med undtagelse af ikke-melanom hudcancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Hjerteklapsygdom	På transplantationstidspunktet med udtagelse af mitralklap-prolaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	Alder ≥ 40	Alder 40 år eller derover (Ja=1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	