**Требуемая информация для выписки больного хроническим миелолейкозом (ХМЛ):**

**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**I.Дата диагноза (полная дата либо указать месяц и год)**

**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**II Фаза заболевания на момент диагностики (подчеркнуть)**:

* Хроническая
* Фаза акселерации
* Бластный криз

**Смена фазы за время терапии (указать):**

* Да
* нет

**Если была смена фазы, укажите дату (полная дата либо указать месяц и год):**

**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Если была смена фазы, укажите дату смены фазы (полная дата либо месяц и год):**

* Хроническая
* Фаза акселерации
* Бластный криз

**II. Подтверждение диагноза ХМЛ по данным**

Цитогенетического исследования

% .……… **Ph +** клеток ; ……..% *BCR::ABL1*

**III. Дата начала терапии** иматинибом,

**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Начальная доза** иматиниба

* 400 мг,
* 600мг,
* 800 мг

**Если была смена дозы, с какой даты (полная дата либо месяц и год):**

**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Измененная доза** иматиниба

* 300 мг
* 400 мг,
* 600мг,
* 800 мг

**III. Мониторинг эффективности терапии**

* Молекулярный мониторинг ***за последние 2 года (2020-2022)***

Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BCR-ABL%\_\_\_\_\_

Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BCR-ABL%\_\_\_\_\_

Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BCR-ABL%\_\_\_\_\_

Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BCR-ABL%\_\_\_\_\_

Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BCR-ABL%\_\_\_\_\_

Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BCR-ABL%\_\_\_\_\_

* Цитогенетический мониторинг ***за последние 2 года (2020-2022)***
* Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ph%\_\_\_\_\_
* Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph%\_\_\_\_\_
* Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph%\_\_\_\_\_
* Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph%\_\_\_\_\_
* Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph%\_\_\_\_\_
* Дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ph%\_\_\_\_\_
* **IV. Исследование мутаций BCR-ABL** при уровне транскрипта *BCR::ABL1*>1 % или Ph+ более 1%
* Не было уровня более 1% за последние 2 года
* Не выполнялось
* Выполнено: дата**\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** Результат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V. Переносимость терапии иматинибом**

* Хорошая
* Удовлетворительная
* Неудовлетворительная: лекарственная токсичность (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. Наличие** клинически значимой **сопутствующей патологии** (подчеркнуть):

* нет
* гипертоническая болезнь,
* атеросклероз,
* хронические заболевания легких,
* сахарный диабет,
* язвенная болезнь желудка

VII **Необходимость перевода на ИТК2**

* есть
* нет