

# ERROR CORRECTION FORM

Sequence Number:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CIBMTR Recipient ID:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Visit:

100 day  
 6 month  




 year

Today's Date:

|       |     |      |  |  |  |
|-------|-----|------|--|--|--|
|       |     | 20   |  |  |  |
| Month | Day | Year |  |  |  |

Infusion Date:

|       |     |      |  |  |  |
|-------|-----|------|--|--|--|
|       |     | 20   |  |  |  |
| Month | Day | Year |  |  |  |

CIBMTR Center Number:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Initials:

|  |
|--|
|  |
|--|



## Hemophagocytic Lymphohistiocytosis Post-HSCT Data

Registry Use Only

Sequence Number:

|  |
|--|
|  |
|--|

Date Received:

CIBMTR Center Number:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

CIBMTR Recipient ID:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Today's Date:

|       |     |      |  |  |  |
|-------|-----|------|--|--|--|
|       |     | 20   |  |  |  |
| Month | Day | Year |  |  |  |

Date of HSCT for which this form is being completed:

|       |     |      |  |  |  |
|-------|-----|------|--|--|--|
|       |     |      |  |  |  |
| Month | Day | Year |  |  |  |

HSCT type:  autologous  allogeneic, unrelated  allogeneic, related  syngeneic (identical twin)

Product type:  marrow  PBSC  cord blood  multiple cord blood units infused  other product, specify: \_\_\_\_\_

Visit:  100 day  6 month  1 year  2 years  > 2 years, specify:

**To be completed in conjunction with a Form 2100 – 100 Days Post-HSCT Data, Form 2200 – Six Months to Two Years Post-HSCT Data, or Form 2300 – Yearly Follow-Up for Greater Than Two Years Post-HSCT Data. Information reported here should reflect the date of last contact as reported in the post-HSCT data collection form, or immediately prior to death.**

Specify the recipient's clinical status since the date of the last report:

1. Hepatomegaly (> 3 cm below right costal margin)    1  present    2  absent    3  unknown
2. Hypertriglyceridemia (> 200 mg/dL)    1  present    2  absent    3  unknown
3. Hypofibrinogenemia (< 150 mg/dL)    1  present    2  absent    3  unknown
4. Splenomegaly (> 3 cm below left costal margin)    1  present    2  absent    3  unknown

Specify the recipient's cerebrospinal fluid findings since the date of the last report:

5. Neopterin level    1  normal    2  elevated    3  not tested
6. Protein    1  normal    2  elevated    3  not tested
7. WBC count    1  ≤ 5 cells/μl    2  > 5 cells/μl    3  not tested

8. What is the recipient's clinical neurologic status since the date of the last report?

- 1  normal
- 2  abnormal →
- 3  unknown

Specify neurologic dysfunction(s):

|                     | Improvement in Pre-HSCT Abnormalities                            | Stable Pre-HSCT Abnormalities                                    | Deterioration of Pre-HSCT Abnormalities                          | Abnormalities Developed Post-HSCT                                |
|---------------------|--|--|--|--|
| Abnormal gait       | 9. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no  | 10. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 11. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 12. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no |
| Developmental delay | 13. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 14. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 15. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 16. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no |
| Mental retardation  | 17. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 18. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 19. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 20. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no |
| Motor weakness      | 21. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 22. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 23. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 24. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no |
| Seizures            | 25. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 26. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 27. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 28. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no |
| Sensory deficits    | 29. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 30. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 31. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 32. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no |
| Other dysfunction   | 33. Specify other dysfunction: _____                             |  |  |  |
|                     | 34. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 35. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 36. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no | 37. 1 <input type="checkbox"/> yes 2 <input type="checkbox"/> no |

# ERROR CORRECTION FORM

Sequence Number:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CIBMTR Recipient ID:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Visit:

- 100 day  
 6 month  

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 year

Today's Date:

|       |     |      |   |  |  |
|-------|-----|------|---|--|--|
|       |     | 2    | 0 |  |  |
| Month | Day | Year |   |  |  |

Infusion Date:

|       |     |      |   |  |  |
|-------|-----|------|---|--|--|
|       |     | 2    | 0 |  |  |
| Month | Day | Year |   |  |  |

CIBMTR Center Number:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Initials:

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

CIBMTR Center Number: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

CIBMTR Recipient ID: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

38. Was an MRI or CT performed since the date of the last report?

- 1  yes  
2  no

39. Specify results:

- 1  improvement in pre-HSCT abnormalities  
2  stable pre-HSCT abnormalities  
3  worsening of pre-HSCT abnormalities

40. Is a copy of the report attached?

- 1  yes  
2  no

41. Was the clinical status of natural killer cell activity assessed since the date of the last report? (*refers to specific cytolysis of NK-sensitive target cells, e.g. K562*)

- 1  yes  
2  no

42. Specify the current natural killer cell function:

- 1  absent ( $\leq 10\%$  normal response)  
2  decreased (11–60% normal response)  
3  normal  
4  increased  
5  unknown

43. Signed: \_\_\_\_\_

*Person completing form*

Please print name: \_\_\_\_\_

Phone number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail address: \_\_\_\_\_