

**DEMANDE DE CONSULTATION
THÉRAPIE CAR-T EN LYMPHOME**
(Formulaire dynamique)

Nom et prénom de l'utilisateur :			
Nom de la mère :			
N° d'assurance maladie :	Expiration :	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	
Adresse (n°, rue) :			
Code postal :	Téléphone :	Ind. rég. :	Résidence :
Ind. rég. :	Travail :	Poste :	Cellulaire :
Courriel :			

Identification du médecin référent et du point de service			
Nom du médecin référent :		N° de permis :	Nom du point de service :
Ind. rég. :	N° de téléphone :	N° de poste :	N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Copie de la réponse d'acceptation ou de refus à : <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Autremédecin			
Nom et coordonnées, le cas échéant :			
Personnes-ressources à joindre en cas de question concernant la demande (si autre que le médecin référent)			
Nom de la personne-ressource :			Fonction :
Ind. rég. :	N° de téléphone :	N° de poste :	N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Signature du référent :	Date :		

Veillez prendre note que l'évaluation rapide du dossier nécessite les éléments suivants :

- 1) Le formulaire **DEMANDE DE CONSULTATION AU CAR-T EN LYMPHOME**
- 2) Le formulaire **DÉPISTAGE D'ÉLIGIBILITÉ AU CAR-T EN LYMPHOME**
- 3) La dernière note d'évaluation médicale en hématologie-oncologie.
- 4) Tous les rapports de biopsies liés au lymphome (incluant ponction lombaire ou analyse moelle osseuse si applicable)

Veillez noter que le statut CD19 n'est plus requis pour l'éligibilité au CAR-T.

- 5) Un rapport de la pharmacie d'oncologie décrivant les lignes de thérapie reçues (incluant date et dose).
- 6) Les rapports d'imageries (scans/TEP/IRM/examens cardiaques) des 6 derniers mois.

Le patient doit apporter une copie digitale (CD) de ses examens à sa première visite.

- 7) L'évaluation initiale du patient par l'infirmier pivot en oncologie, si disponible.
- 8) Transmettre le tout à l'adresse courriel : cart.hmr.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Pour les références de CAR-T en 2^{ième} ligne en lymphome à grandes cellules B
Ne pas initier de traitement à moins d'une urgence médicale

DÉPISTAGE D'ÉLIGIBILITÉ THÉRAPIE CAR-T EN LYMPHOME

Nom et prénom de l'utilisateur :				
Nom de la mère :				
N° d'assurance maladie :		Expiration :	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	
Adresse (n°, rue) :				
Code postal :		Téléphone :	Ind. rég. :	Résidence :
Ind. rég. :	Travail :		Poste :	Ind. rég. :
Cellulaire :				
Courriel :				

Critères d'inclusion : âge ≥ 18 ans et TOUS ci-bas requis

1) Histologies admises et indications	<input type="checkbox"/> ≥ 3 ^{ème} lignes de thérapie systémique <ul style="list-style-type: none"> ○ Lymphome diffus grandes cellules B (DGCB) NOS ○ Lymphome de haut grade NOS ou avec réarrangement MYC et BCL2 ○ Lymphome transformé d'un folliculaire (ou d'une zone marginale **) ○ Lymphome à grandes cellules B riche en T et en histiocytes ○ Lymphome primaire médiastinal à grandes cellules B ○ Lymphome diffus grandes cellules B avec inflammation chronique ou EBV ○ Lymphome primaire cutané-leg type ○ Lymphome folliculaire de grade 3B ** ou post-transplantation ** ○ Lymphome du manteau (peu importe le sous-type) ○ Lymphome folliculaire (classique ou grade 1-2-3A) <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} ligne de thérapie systémique après une 1 ^{ère} ligne adéquate <ul style="list-style-type: none"> ○ Toutes les variantes de lymphome à grandes cellules B ci-haut ○ Lymphome primaire médiastinal à grandes cellules B ** 	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Statut réfractaire ou récidivant	<input type="checkbox"/> Pour le CAR-T en 2 ^{ème} ligne : les états suivants sont admis <ul style="list-style-type: none"> - état général jugé adéquat pour une greffe de cellules souches autologues - maladie stable après 4 cycles de 1^{ère} ligne - maladie stable ou progressive à la fin de la 1^{ère} ligne - rémission partielle en fin de 1^{ère} ligne requiert progression au suivi ou biopsie - récurrence < 1 an de la fin de la 1^{ère} ligne <input type="checkbox"/> Pour le CAR-T en 3 ^{ème} ligne en lymphome à grandes cellules B, la 1 ^{ère} ligne peut avoir eu lieu dans un contexte clinique présumé de transformation ** <input type="checkbox"/> Pour le lymphome du manteau, état réfractaire à un BTKi (essai vain à dose réduite si intolérance) et à la combinaison d'un anti-CD20 et d'anthracycline, de cytarabine ou de bendamustine <input type="checkbox"/> Pour le lymphome folliculaire, l'état réfractaire à une ligne à base d'un anti-CD20 seul n'est pas admissible dans les 2 lignes ET une indication de traitement est requise	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) État général	Score de performance ECOG 0-1 ET espérance de vie > 12 semaines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Fonction rénale	Clairance de créatinine ≥ 45 ml/min/1,73 m ² (≥ 30 ml/min/1,73 m ² en 3 ^e ligne DGCB)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5) Fonction hépatique	ALT ≤ 5X normale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6) Capacité respiratoire	Dyspnée grade ≤1 et saturation d'oxygène à air ambiant > 91%	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7) Capacité cardiaque	FEVG ≥ 45% (≥ 40% en 3 ^e ligne de DGCB)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8) Capacité médullaire	Neutrophiles > 1 x 10 ⁹ /L et plaquettes sans transfusion > 50 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Critères d'exclusion : AUCUN PERMIS

1) Histologies exclues : lymphome primaire cutané, leucémie lymphoïde chronique ou lymphome lymphoplasmocytaire transformé, lymphome Burkitt 2) Immunodéficiences primaires OU thérapie génique 3) Grossesse ou allaitement 4) Maladie inflammatoire ou auto-immune neurologique active 5) Autre néoplasie dont l'espérance de vie à 5 ans est estimée ≤ 75% : <i>Veillez fournir le rapport de pathologie, la stadification, les traitements reçus et la réponse à ceux-ci</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

Autres informations clés à transmettre

1) Lymphome avec infiltration du système nerveux central secondaire ancienne ou actuelle **	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Un antécédent de greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques sans GVH significative et sans traitement de GVH peut être considéré **	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Exposition antérieure à un traitement anti-CD19 peut être considéré **	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Angine instable, infarctus ou arythmie non contrôlée dans les 3-6 mois de la consultation **	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5) Antécédent : convulsion, ischémie hémorragie cérébrale, maladie cérébelleuse ou démence	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6) Antécédent d'hépatite B, d'hépatite C ou de VIH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

** Conditionnel à l'approbation en comité de dérogation