



* F M U - 3 5 3 9 *

Nom du patient/Patient Name: _____

RAMQ # : _____

LISTE DE VERIFICATION: DEMANDE DE CONSULTATION POUR THÉRAPIE IMMUNOCELLULAIRE (CAR-T)
CHECKLIST: CONSULTATION REQUEST FOR IMMUNE EFFECTOR CELL THERAPY (CAR-T)

**Programme de thérapie
immunocellulaire
Immune Effector Cell Therapy Program**

Tel.: 514-934-1934 Ext. 36929
Fax.: 514-843-1721
CAR-T@muhc.mcgill.ca

CUSM/MUHC
Site Glen/Glen Site
1001 boul. Décarie, Montréal, QC
H4A 3J1

Gizelle Popradi, M.D., FRCPC

Directrice du programme de greffe de
cellules souches
Stem Cell Transplant Program Director

Michael Sebag, M.D., PhD FRCPC

Directeur médical du programme de
thérapie immunocellulaire
Medical Director of Immune Effector Cell
Therapy Program

Kelly Davison, M.D., PhD FRCPC

Hématologue – Thérapie immunocellulaire
Hematologist – Immune Effector Cell
Physician

Anna Nikonova, M.D., FRCPC

Hématologue – Thérapie immunocellulaire
Hematologist – Immune Effector Cell
Physician

Victoria Korsos, M.D., FRCPC

Hématologue – Thérapie immunocellulaire
Hematologist – Immune Effector Cell
Physician

John Storing, M.D., FRCPC

Hématologue – Transplantateur
Hematologist – Stem Cell Transplant
Physician

Jonathan How, M.D., FRCPC

Hématologue – Transplantateur
Hematologist – Stem Cell Transplant
Physician

Georgia Kavanagh-Sommerer, R.N., BNI

Coordonnatrice du programme de greffe
de cellules souches et thérapie
immunocellulaire –
Stem Cell Transplant and Immune Effector
Cell Therapy Program Coordinator
Tel.: 514-934-1934 Ext. 36929

- ☐ **Les données démographiques complétées** (ci-joint, page 2) /
Completed demographics page (attached, page 2)
- ☐ **Lettre médicale résumant la raison pour cette consultation, la
condition médicale du patient et l'historique de ses traitements
(précisez les dates et réponses aux traitements)** / *Referring letter
stating the reason for consultation, diagnosis and treatment history
(specify dates and response to treatments).*
- ☐ **Formulaire d'éligibilité ci-dessous complété (veuillez noter qu'il y a
un formulaire d'éligibilité distinct pour chaque indication)** /
*Completed eligibility form below (please note, there is a different eligibility
form for each indication as follows) :*
 - Lymphome à Grande Cellules B / LBCL
 - Lymphome du Manteau / MCL
 - Leucémie Lymphoblastique Aiguë-B / B-ALL
 - Lymphome folliculaire / FL
- ☐ **Données radiologiques (ou autres) reliées au diagnostic et les
réponses aux traitements applicables** / *Radiology (or other imaging)
results related to diagnosis & treatment response as appropriate for the
referring diagnosis.*
- ☐ **Données de laboratoire les plus récentes** / *Most recent laboratory
results:*
 - ☐ Formule sanguine complète / *Complete Blood count*
 - ☐ Clairance de la créatinine / *Creatinine Clearance*
(CKD-EPI formula)
 - ☐ Enzymes hépatiques / *Hepatic enzymes*
 - ☐ Rapports de pathologie (avec IHC) / *Pathology (with IHC)*

Si applicable et disponible / *if applicable and available :*

- ☐ **Rapports de cytométrie de flux, analyses génétiques (FISH ou NGS)**
/ Flow cytometry and genetic reports (FISH or NGS)
- ☐ **Rapport de données de ponction lombaire** / *Lumbar puncture results*
- ☐ **Scintigraphie Cardiaque ou Échocardiogramme** / *MUGA or
Echocardiogram*

***Veuillez prendre note que le dossier de votre patient doit être complet
pour être pris en considération** / *Please note that your patient's file must
be complete to be considered.*

Veuillez faire parvenir les résumés de dossier pour consultation de thérapie
immunocellulaire par courrier électronique au :

CAR-T@muhc.mcgill.ca

Please send your chart summaries for immune effector cell therapy referral
via email to:

CAR-T@muhc.mcgill.ca

IDENTIFICATION DU PATIENT / Patient Identification

Nom / Surname :	Prénom / First Name :	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / Date of Birth (YYYY/MM/DD) :
Adresse /Address :		Province :
Ville / City :	Code postale / Postal code :	
Langues parlées / Languages spoken : ☐ Français / French ☐ Anglais / English ☐ Autre / Other : _____		
Numéro d'assurance maladie / Medicare Number :		Exp :
Téléphone domicile / Residential phone :	Téléphone mobile/ Cell phone :	
Courriel / E-mail :		
Nom du contact en cas d'urgence (et relation au patient) / Name of Emergency Contact (and Relationship to Patient) :	Numéro de téléphone / Telephone Number :	

IDENTIFICATION DU MÉDECIN / Identification of Referring Physician

Nom / Surname:	Prénom / First name :	# de permis / License #:
Nom de centre référent / Name of referring center:		
Adresse de centre référent / Address of referring center:		Province :
Ville / City :	Code postale / Postal code :	
Numéro de téléphone / Telephone number :	Télécopieur / Fax :	
Courriel / Email :		

IDENTIFICATION DE L'INFIRMIÈRE PIVOT (IPO) DU PATIENT ou AUTRE CONTACT MÉDICALE / Identification of patient's IPO nurse or other medical contact

Nom / Surname:	Prénom / First name :
Function / Role:	
Numéro de téléphone / Telephone number :	Télécopieur / Fax :
Courriel / Email :	

Nom du patient/Patient Name: _____

RAMQ # : _____

PROGRAMME DE GREFFE DE CELLULES SOUCHES ET THÉRAPIE IMMUNOCELLULAIRE

Adulte Thérapie Immuno-Effectrice FORMULAIRE ÉLIGIBILITÉ – Leucémie lymphoblastique aiguë à cellules B

STEM CELL TRANSPLANT AND IMMUNE EFFECTOR CELL PROGRAM

Adult Immune Effector Cell Therapy ELIGIBILITY FORM – B-Cell Acute Lymphoblastic Leukemia

☐ J'ai lu et compris la période de « washout » décrite à la dernière page de ce document. / I have read and understood the "washout" period described on the last page of this document.

☐ Veuillez indiquer tout médicament pris par le patient qui nécessiterait une période de « washout » / Please indicate any medication that the patient is taking that would require a washout period:

☐ N/A

► Critères D'éligibilité / Eligibility Criteria ◀ (Tous doivent être Oui / All must be Yes)

☐ O/Y ☐ N ☐ N/A AGE ≥18 ANS ET ≤25 ANS / ≥18 AND ≤25 YEARS
☐ O/Y ☐ N ☐ N/A AGE ≥18 ANS / ≥18 YEARS

DIAGNOSTIC ET HISTOLOGIE / DIAGNOSIS AND HISTOLOGY

☐ O/Y ☐ N

- Leucémie aiguë lymphoblastique B / B Cell Acute Lymphoblastic Leukemia
- CD19+, statut démontré dans les 3 derniers mois / CD19+ status demonstrated in the last 3 months
- Si le patient a reçu du Blinatumomab, la persistance du CD19 doit être démontrée / If patient has received Blinatumomab, CD19 expression must be subsequently demonstrated

STATUT RÉCIDIVANT OU RÉFRACTAIRE / RELAPSED REFRACTORY STATUS

☐ O/Y ☐ N

- Maladie récidivante ou réfractaire définie par la persistance de cellules leucémiques dans la moelle en morphologie (≥5% blastes) ou en cytométrie de flux (>0.01% cellules nucléées dans la moelle) / Relapsed-refractory disease defined by persistence of leukemic cells in the bone marrow by morphology (≥5% blasts) or by flow cytometry (>0.01% of nucleated bone marrow cells)
- LLA Réfractaire (après 2 cycles d'induction pour LLA de novo ou après 1 cycle de réinduction post rechute) ou LLA récidivante après une allogreffe de cellules souches ou en 2^e (ou plus) rechute / Refractory ALL (after 2 cycles of induction for new ALL or after 1 cycle of reinduction after relapse) or relapsed ALL after allogeneic stem cell transplant or 2nd (or more) relapse
- Si LLA est Ph+ elle doit être récidivante ou réfractaire au ITK de 2^{ème} ou 3^{ème} génération (ou patient intolérant ou dans l'impossibilité de recevoir un ITK). A discuter au cas par cas au comité CDTC après réponse finale de l'INESS pour Ponatinib / If Ph+ ALL, it must have progressed or be resistant to 2nd or 3rd generation TKIs (unless patient intolerant or could not receive a TKI). Will be discussed on a case by case basis with provincial tumor board after final answer from INESS regarding Ponatinib

☐ O/Y ☐ N STATUT DE PERFORMANCE/PERFORMANCE STATUS

▪ Karnofsky ou Lansky >50% / Karnofsky or Lansky >50%

☐ O/Y ☐ N Espérance de vie ≥12 semaines / Life expectancy ≥12 weeks

☐ O/Y ☐ N Clairance de la créatinine* / Creatinine clearance ≥45mL/min/1.73m² (CKD-EPI formula)*

☐ O/Y ☐ N ALT + AST ≤ 5x la limite supérieure de la normale* / upper limit of normal*

☐ O/Y ☐ N Dyspnée / Dyspnea ≤ grade 1

☐ O/Y ☐ N Saturation O₂ >91% à air ambiant / on room air

Légendes / legend: IEC : Immune Effector Cell ≥: Plus grand ou égal à / Greater than or equal to ≤: Inférieure ou égale à / Less than or equal to
>: plus grand que / greater than GVH: Graft versus host GVHD: Graft versus host disease HSCT: Hematopoietic stem cell transplant

☐ O/Y	☐ N	Fraction d'Éjection Ventriculaire Gauche ≥45% par échographie ou scintigraphie / Left Ventricular Ejection Fraction ≥45% by echocardiography or cardiac scintigraphy		
*Si ce critère d'inclusion constitue l'unique critère de non compatibilité, le dossier du patient pourrait être évalué au cas par cas *If this is criteria is the only incompatible criteria, eligibility can be discussed on a case by case basis				
► Critères D'Exclusion / Exclusion Criteria ◀ (Tous doivent être Non / All must be No)				
☐ O/Y	☐ N	EXPOSITION ANTÉRIEURE AU TRAITEMENT SUIVANT / EXPOSURE TO THE FOLLOWING TREATMENT ☐ CarT ou autre thérapie anti-CD19 / CarT therapies or other anti-CD19 therapy ☐ Thérapie Génique / Gene Therapy		
☐ O/Y	☐ N	Atteinte du système nerveux central néoplasique active au moment de débiter la lymphodéplétion (Ceci n'est pas un critère d'exclusion pour référer un patient en vue d'une collecte de lymphocytes) / CNS involvement at the time of lymphodepletion (this is not an exclusion to refer for CarT or T cell collection)		
☐ O/Y	☐ N	INFECTION ACTIVE / ACTIVE INFECTIONS ☐ Infection bactérienne, virale ou fongique / Active bacterial, viral or fungal infection ☐ VIH séropositivité (traité ou non-traité) / HIV seropositivity (treated or untreated)		
☐ O/Y	☐ N	Lymphome de Burkitts / Burkitt's Lymphoma		
☐ O/Y	☐ N	Autre néoplasie dont l'espérance de vie est estimée à ≤5ans / Other Neoplastic Disease with a life expectancy estimated at ≤5 years		
☐ O/Y	☐ N	Hépatite B active ou inactive et sans prophylaxie / Active or un-prophylaxed and inactive Hepatitis B		
☐ O/Y	☐ N	Immunodéficience primaire / Primary immunodeficiencies		
☐ O/Y	☐ N	Maladie inflammatoire ou auto-immune neurologique active (exemple Guillain-Barré ou sclérose latérale amyotrophique) / Active inflammatory or autoimmune neurological disease (for example Guillain Barré or Amyotrophic Lateral Sclerosis)		
☐ O/Y	☐ N	Grossesse ou allaitement / Pregnancy or Breast Feeding		
☐ O/Y	☐ N	Angine instable ou infarctus dans les 6 mois de la consultation / Unstable angina or Myocardial Infarction within 6 months of consultation		
☐ O/Y	☐ N	Arythmie non contrôlée dans les 6 mois de la consultation / Uncontrolled Arrhythmia within 6 months of consultation		
☐ O/Y	☐ N	Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques AVEC GVH significative et sous traitement / Allogeneic stem cell transplant WITH significant GVH and under treatment		
☐ O/Y	☐ N	Avoir reçu de la radiothérapie au SNC dans les 8 dernières semaines / Received CNS radiotherapy in the last 8 weeks		
☐ O/Y	☐ N	Avoir reçu de la radiothérapie en dehors du SNC au cours des 2 dernières semaines / Received radiotherapy outside the CNS in the last 2 weeks		
☐ O/Y	☐ N	Incapacité à respecter un plan de traitement / Inability to adhere to a treatment plan		
☐ COMMENTAIRES / COMMENTS: 				
	Nom en lettres moulées Name in print	Signature	N° Permis License No.	Date AAYY/MM/JD
Médecin Physician				

Addendum (pour votre information) / Addendum (for your information)

PÉRIODE DE « WASHOUT » : LISTE DES THÉRAPIES QUI DOIVENT ÊTRE CESSÉES /
“WASHOUT” PERIOD: LIST OF THERAPIES THAT SHOULD BE DISCONTINUED

1) AVANT LEUKAPHÉRÈSE / PRIOR TO LEUKAPHERESIS

- **72 h : stéroïdes à dose thérapeutique (idéalement 7 jours) / therapeutic corticosteroids (ideally 7 days)**
- **72 h : Hydroxyurea, antiprolifératif ou cytotoxique à courte 1/2-vie / Hydroxyurea, anti-proliferative or cytotoxic drugs with short half lives**
- **>5 jours/days : GCSF, nilotinib / GCSF, nilotinib**
- **>1 semaine/week : Prophylaxie SNC (PL) / CNS prophylaxis (LPs)**
- **>2 semaines/weeks : Radiothérapie autre que SNC / Non-CNS radiotherapy**
- **>2 semaines/weeks : Vincristine, traitement contre la GVH (autre que crème topique), neulasta, imatinib, ponatinib, dasatinib, blinatumumab / Vincristine, treatment for GVH (other than topical creams), neulasta, imatinib, ponatinib, dasatinib, blinatumumab**
- **>4 semaines/weeks : Pegasparaginase, Rituximab, DLI / pegasparaginase, rituximab, DLI**
- **>8 semaines/weeks : Radiothérapie au SNC / CNS radiotherapy**
- **>8 semaines/weeks : Clofarabine, agents T-lytiques / clofarabine, any T lympholytic agents**
- **>12 semaines/weeks : Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (minimum 1 mois et sans immunosuppression ni GVH significative) / Allogeneic stem cell transplant (minimum 1 month and not on immunosuppression or with significant GVH)**
- **>12 semaines/weeks : Fludarabine / Fludarabine**
- **>6 mois/months : Bendamustine, alemtuzumab, ATG (peut être discuté en fonction de taux de lymphocytes) / Bendamustine, alemtuzumab, ATG (can be discussed re T cell number)**

2) AVANT INFUSION DE CELLULES CAR-T / PRIOR TO INFUSION OF CAR-T CELLS

- **>3 jours/days : stéroïdes à dose thérapeutique / therapeutic corticosteroids**
- **>3 jours/days : Hydroxyurea**
- **>3 jours/days : ITKs / TKIs**
- **>7 jours/days : Vincristine, 6-MP, 6-TG, Methotrexate (>25mg/m²), cytarabine (>100mg/m²/d), asparaginase non-peg, PL avec chimio / Vincristine, 6-MP, 6-TG, Methotrexate (>25mg/m²), cytarabine (>100mg/m²/d), non-pegylated asparaginase, LP with chemo**
- **>14 jours/days : Chimiothérapie de sauvetage (anthracyclines, cyclophosphamide ou agents ci-dessus) / Salvage chemotherapy (anthracyclines, cyclophosphamide or agents mentioned above)**
- **>14 jours/days : Radiothérapie au site non SNC / non CNS radiation**
- **>4 semaines/weeks : Peg-asparaginase / Peg-asparaginase**
- **>8 semaines/weeks : Anticorps anti-T / T cell directed antibody therapies**
- **>8 semaines/weeks : Radiothérapie SNC / CNS radiation**