



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 / *DLBCL*
 - 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 IMMUNOCÉLLULAIRE
Adulte Thérapie Immuno-Effectrice FORMULAIRE ÉLIGIBILITÉ – Lymphome Folliculaire

STEM CELL TRANSPLANT AND IMMUNE EFFECTOR CELL PROGRAM
Adult Immune Effector Cell Therapy ELIGIBILITY FORM – *Follicular Lymphoma*

☐ 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 AGE ≥18 ANS / YEARS (SI >70ANS CONSIDERATION POUR EVALUATION DE FRAGILITE GERIATRIQUE/IF >70 YEARS CONSIDER GERIATRIC FRAILTY ASSESSMENT)

☐ O/Y ☐ N **DIAGNOSTIQUE / DIAGNOSIS**
LYMPHOME FOLLICULAIRE, GRADE HISTOLOGIQUE 1, 2, 3A
FOLLICULAR LYMPHOMA, HISTOLOGICAL GRADES 1, 2, 3A

☐ O/Y ☐ N **Statut réfractaire ou récidivant ≥ 2 lignes de thérapie systémique/Relapse refractory disease after 2 lines of systemic therapy**
Spécifiez / Specify
☐ ≥ 1 ligne de thérapie antérieure doit être une combinaison d'un anti-CD20 et d'un agent alkylant/ ≥1 line of therapy with anti-CD20 combined with an alkylator
☐ Indication pour traitement par Critère de GELF / Indication to treat by GELF criteria

☐ O/Y ☐ N **ECOG 0-1**

☐ 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**

☐ O/Y ☐ N **Éjection Ventriculaire Gauche ≥45% par échographie ou scintigraphie / Left Ventricular Ejection Fraction ≥45% by echocardiography or cardiac scintigraphy**

☐ O/Y ☐ N **Fonction Médullaire Adéquate / Adequate marrow function**
☐ Neutrophiles / Absolute neutrophil count >1.0x10⁹/L
☐ Lymphocytes / Absolute lymphocyte count >0.1x10⁹/L
☐ Plaquettes / Platelets >50x10⁹/L (sans support transfusionnel/without transfusional support)

☐ O/Y ☐ N **Patient ayant reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques sans GVH significative et sans traitement de GVH / Allogeneic Stem Cell Transplant with NO GVHD or treatment / prophylaxis against GVHD**
☐ N/A

► Critères D'Exclusion / Exclusion Criteria ◀ (Tous doivent être Non / All must be No)

☐ O/Y ☐ N **Histologies Exclues / Excluded Histologies**
☐ Lymphome Folliculaire grade 3B/ Grade 3B Follicular Lymphoma (voir formulaire Lymphome Diffus a Grande Cellules /See Diffuse Large B Cell Lymphoma form)

☐ O/Y ☐ N **EXPOSITION ANTÉRIEURE AU TRAITEMENT SUIVANT / EXPOSURE TO THE FOLLOWING TREATMENT**
☐ CarT / CarT
☐ Thérapie Génique / Gene Therapy

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**