



**DEMANDE DE CONSULTATION CAR-T
LYMPHOME DU MANTEAU**
(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 :	Ind. rég. N° de télécopieur :
Adresse courriel :			
Copie de la réponse d'acceptation ou de refus à : <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Autre médecin			
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 :	Ind. rég. 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 MANTEAU** dûment complété.
- 2) Le formulaire **DÉPISTAGE D'ÉLIGIBILITÉ AU CAR-T EN LYMPHOME MANTEAU** dûment complété.
- 3) Un résumé de l'histoire médicale pertinente du patient incluant les complications significatives survenues lors des traitements oncologiques dont un résumé d'hospitalisation de greffe si applicable.
- 4) Tous les rapports de biopsies reliés au lymphome, de ponction lombaire et de moelle osseuse, incluant aspiration et cytométrie de flux 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 différentes lignes de traitement reçues, ainsi que les dates et les doses de celles-ci.
- 6) **Les rapports d'imageries (scans/TEP/IRM/examens cardiaques) de la dernière progression.** Nous récupérerons les imageries antérieures via le Dossier Santé Québec (DSQ).
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 l'ensemble des éléments ci-haut à l'adresse courriel : cart.hmr.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

**** Dès la demande de consultation, nous vous recommandons d'initier à votre patient une prophylaxie contre le Varicella-Zoster virus afin d'éviter une infection pouvant retarder les procédures**



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 :			

DÉPISTAGE D'ÉLIGIBILITÉ AU CAR-T EN LYMPHOME DU MANTEAU

Critères d'inclusion : TOUS REQUIS

1) Âge	≥ 18 ans	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Histologies admises	<input type="checkbox"/> Lymphome du manteau : ** Toutes les variantes morphologiques sont admissibles Ceci incluant donc les variantes classiques, pléomorphes et blastoïdes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Traitement antérieur	<input type="checkbox"/> Exposition à ≥ 2 lignes de thérapie systémique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Réponse au BTKi	<input type="checkbox"/> État réfractaire ou récidivant post BTKi ** Une maladie stable sous BTKi n'est pas admissible <input type="checkbox"/> Si intolérance à un BTKi : échec d'essai à dose réduite de cet BTKi	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5) Lignes antérieures	Exposition à au moins 1 des lignes de traitement suivantes <input type="checkbox"/> Anthracyclines <input type="checkbox"/> Bendamustine <input type="checkbox"/> Cytarabine haute dose	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6) Espérance de vie	≥ 12 semaines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7) Statut de performance	ECOG 0-1	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8) Fonction rénale	Clairance de créatinine ≥ 45 ml/min/1,73 m ² (formule CKD-EPI)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9) Fonction hépatique	ALT ≤ 5X normale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
10) Capacité respiratoire	Dyspnée grade ≤1 et saturation d'oxygène à air ambiant > 91%	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
11) Capacité cardiaque	FEVG ≥ 45% (échographie ou ventriculographie isotopique)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
12) Capacité médullaire	Neutrophiles > 1 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Plaquette sans transfusion > 50 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
13) Seuil lymphocytaire	Décompte de lymphocytes > 0,1 x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Critères d'exclusion : AUCUN PERMIS

1) Infiltration lymphomateuse du système nerveux central (ancienne ou active, même si stable ou contrôlée)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Infiltration lymphomateuse cardiaque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Exposition antérieure à un traitement anti-CD19	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Antécédent d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (peu importe le statut GVHD)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5) Exposition antérieure à une thérapie génique (peu importe l'indication)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6) Maladie du système nerveux central non-néoplasique tel que : convulsion, antécédent ischémie/hémorragie cérébrale, démence, maladie cérébelleuse, œdème cérébral, maladie auto-immune avec atteinte du système nerveux central	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7) Immunodéficience primaire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8) Grossesse ou allaitement	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9) Autre néoplasie dont l'espérance de vie à 5 ans est estimée ≤ 75% : <i>Veuillez 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) Antécédent angine instable, infarctus, angioplastie/stent, arythmie significative ou condition cardiaque significative survenu dans les 3 mois de la consultation ** l'éligibilité sera évaluée au cas par cas	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2) Maladie auto-immune nécessitant un traitement immunosuppresseur actif ** l'éligibilité sera évaluée au cas par cas	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3) Antécédent d'hépatite B, d'hépatite C ou de VIH (ceci ne constitue pas une exclusion)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4) Exposition à une thérapie BiTE ne ciblant pas le CD19 (ceci ne constitue pas une exclusion)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON