



PROGRAMME DE GREFFE DE CELLULES SOUCHES ET THÉRAPIE IMMUNOCÉLLULAIRE
Adulte Thérapie Immuno-Effectrice FORMULAIRE ÉLIGIBILITÉ – Lymphome Diffus A Grandes Cellules B

Page 1 de / of 3

STEM CELL TRANSPLANT AND IMMUNE EFFECTOR CELL THERAPY PROGRAM
 Adult Immune Effector Cell Therapy ELIGIBILITY FORM – Diffuse Large B Cell Lymphoma

Fournisseur/Supplier		☐ Novartis – Kymriah	☐ Gilead/Kite – Yescarta	☐ BMS – Breyanzi
		☐ Autre/ Other : _____		
► 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 FRAGILITÉ GERIATRIQUE/IF >70 YEARS CONSIDER GERIATRIC FRAILTY ASSESSMENT)		
☐ O/Y	☐ N	SOUS-TYPE HISTOLOGIQUE / HISTOLOGIC SUBTYPES ☐ Diffuse Large B Cell Lymphoma NOS ☐ High Grade B Cell Lymphoma NOS ☐ T cell and histiocyte Rich Diffuse Large B Cell Lymphoma ☐ High Grade B Cell Lymphoma with MYC and BCL2 and / or BCL6 rearrangement ☐ Diffuse Large B Cell Lymphoma transformed from Follicular Lymphoma ☐ Diffuse Large B Cell Lymphoma Associated with Chronic Inflammation ☐ Diffuse Large B Cell Lymphoma EBV associated ☐ Primary Cutaneous Diffuse Large B Cell Lymphoma of the Leg Type ☐ Primary Mediastinal B Cell Lymphoma (3 ^{ème} ligne et plus/3 rd line and beyond)		
☐ N/A	Pour rechute après DEUX (ou plus) lignes thérapeutiques de chimiothérapie / For relapse after TWO or more lines of chemotherapy			
☐ O/Y	☐ N	Rechute après au moins DEUX lignes thérapeutiques de chimiothérapie / Relapse after at least TWO lines of chemotherapy		
☐ O/Y	☐ N	Inéligible pour chimiothérapie à haute dose suivi par greffe de cellules souches autologues / Ineligibility for high dose-chemotherapy followed by autologous hematopoietic stem cell transplant Spécifiez Raison / Specify Reason ☐ Déjà fait lors ligne traitement antérieur / Already performed in a previous line of therapy ☐ État chimio-réfractaire / Chemo-refractory state ☐ Inéligibilité liée à l'âge ou les comorbidités tels que discuté par comité de greffe / Ineligibility based on medical comorbidity or age based on stem cell transplant committee		
☐ N/A	Pour rechute après UNE ligne thérapeutique de chimiothérapie / For relapse after ONE line of chemotherapy			
☐ O/Y	☐ N	Première ligne avec anthracycline ou etoposide et anti-CD20 (au moins 3 cycles à 100% doses) / First line containing anthracycline or etoposide and anti-CD20 (at least 3 cycles at 100% doses) Statut du lymphome primaire réfractaire / Status of primary refractory lymphoma Spécifiez statut (1 des 4) / Specify Status (1 of 4) ☐ SD ou PD à la fin de la 1 ^{re} Ligne / SD or PD at the end of 1st line ☐ SD après 4 cycles de 1 ^{re} ligne / SD after 4 cycles of 1st line ☐ Si pas CR en fin de 1 ^{re} ligne: rechute prouvée en biopsie ou PD ≤ 12 mois de 1 ^{re} ligne / If not in CR after end of 1st line : biopsy proven disease or PD ≤ 12 months from 1st line ☐ Récidive ≤ 1an de fin de la 1 ^{re} ligne/ Relapse ≤1 year from end of 1st line therapy		
☐ O/Y	☐ N	Médicalement éligible pour chimiothérapie à haute dose suivi par greffe de cellules souches autologues/ Medically eligible for high dose chemotherapy followed by autologous		

*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

		stem cell transplant
☐ 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 Adequate / Adequate marrow function ☐ Neutrophiles / Absolute neutrophil count >1.0x10 ⁹ /L ☐ Lymphocytes / Absolute lymphocyte count >0.1x10 ⁹ /L ☐ Plaquettes / Platelets >50x10 ⁹ /L (sans support transfusionnelle/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 cutané primaire / Primary Cutaneous Lymphoma ☐ Leucémie lymphocytaire chronique transformée / Transformed Chronic Lymphocytic Leukemia ☐ Lymphome extraganglionnaire à cellules B de zone marginale transformé ou Lymphome Lymphoplasmocytaire / Transformed Marginal Zone Lymphoma or Lymphoplasmacytic Lymphoma ☐ Lymphome de Burkitt / Burkitt's Lymphoma
☐ O/Y	☐ N	EXPOSITION ANTÉRIEURE AU TRAITEMENT SUIVANT / EXPOSURE TO THE FOLLOWING TREATMENT ☐ CarT / CarT ☐ Thérapie Génique / Gene Therapy
☐ O/Y	☐ N	INFECTION ACTIVE / ACTIVE INFECTION ☐ Infection bactérienne, virale ou fongique / Active bacterial, viral or fungal infection ☐ VIH séropositivité (virémie non contrôlée) / HIV seropositivity (uncontrolled viremia) ☐ Hépatite C active et non-contrôlée / Hepatitis C active and uncontrolled
☐ O/Y	☐ N	Autre néoplasie dont l'espérance de vie a 5ans est estimée ≤75% / Other Neoplastic Disease with a 5 year life expectancy estimated at ≤75%
☐ O/Y	☐ N	Hépatite B active ou inactive ET sans prophylaxie / Active or un-prophylaxed AND inactive Hepatitis B
☐ O/Y	☐ N	Immunodéficiences primaires / 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	Antécédent de convulsion, d'ischémie ou d'hémorragie cérébrovasculaire, de démence, de maladie cérébelleuse (Yescarta seulement) / History of seizures, ischemic or hemorrhagic cerebrovascular disease, dementia or cerebellar disease (Yescarta only)
☐ 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	Grossesse ou allaitement / Pregnancy or Breast Feeding
☐ O/Y	☐ N	Incapacité à respecter un plan de traitement / Inability to adhere to a treatment plan
☐ O/Y	☐ N	Critères à discuter en comité de dérogation/ Criteria needing committee approval ☐ Lymphome zone marginale transformé ☐ Lymphome primaire du médiastin (considération de radiation en rattrapage si localisé)/ Primary mediastinal B Cell lymphoma (consider salvage with radiation if localized) ☐ Lymphome Folliculaire grade 3b/ Follicular Lymphoma Grade 3B ☐ Lymphome post transplantation/ Post Transplant Lymphoma ☐ Exposition antérieure à un traitement anti-CD19 non-cellulaire/ Previous treatment with

non-cellular anti-CD19 therapy ☐ Atteinte système nerveux central secondaire ancienne ou actuelle/ Secondary CNS involvement (current or previous) ☐ Atteinte cardiaque/ Cardiac involvement					
► Critères D'Éligibilité / Eligibility Criteria ◀ ☐ Atteint / Met ☐ Non-atteint / Unmet ☐ Incomplète / Incomplete					
☐ COMMENTAIRES / COMMENTS :					
	Nom en lettres moulées Name in print	Signature	N° Permis License No.	Heure Time 00:00	Date AAAA/MM/JD
Médecin Physician					
★ Éligibilité incomplète – Achèvement d'évaluation / Incomplete eligibility- Evaluation Completion					☐ N/A
Critères D'Éligibilité / Eligibility Criteria : ☐ Atteint / Met ☐ Non-atteint / Unmet					
COMMENTAIRES / COMMENTS :					
Transplant/IEC Physician OR DESIGNEE name in print: _____ Date (YYYY/MM/DD): _____					
Transplant/IEC Physician OR DESIGNEE signature: _____ License No. _____					

CLIN-FORM-09.055 v.2. IEC Eligibility for DLBCL

*Légendes / legend: IEC : Immune Effector Cell $\geq$: Plus grand ou égal à / Greater than or equal to $\leq$: 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