



PROGRAMME DE GREFFE DE CELLULES SOUCHES ET THÉRAPIE IMMUNOCÉLLULAIRE
Adulte Thérapie Immuno-Effectrice FORMULAIRE ÉLIGIBILITÉ – Lymphome du manteau

Page 1 de / of 2

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

Type de cellules immuno-effectrice / Type of Immune Effector Cell :	
☐ Commerciale / Commercial	☐ Recherche (référer aux critères d'inclusion/exclusion spécifiques / Research (refer to specific inclusion / exclusion criteria))
Fournisseur/Supplier	
☐ Gilead/Kite – brexucabtagene autoleucel (Tecartus) ☐ Autre/ Other : _____	
► Critères D'éligibilité / Eligibility Criteria ◀ (Tous doivent être <u>Oui</u> / All must be <u>Yes</u>)	
☐ O/Y ☐ N	AGE ≥18 ANS / YEARS
☐ O/Y ☐ N	LYMPHOME DU MANTEAU / MANTLE CELL LYMPHOMA (TOUT SOUS-TYPE HISTOLOGIQUE / ALL HISTOLOGIC SUBTYPES)
☐ O/Y ☐ N	Rechute après au moins DEUX lignes thérapeutiques de chimiothérapie, y compris tous les suivants / Relapse after at least TWO lines of chemotherapy including all of the following: ☐ Refractaire ou Progression sur BTKi* / Refractory or Progressed on BTKi* <i>*si intolérant à 1 type BTKi, un essai à dose réduite de ce BTKi est requis</i> <i>*if intolerant to 1 type of BTKi, trial at a reduced dose of that BTKi is needed</i> ☐ Thérapie anti-CD20 / Anti-CD20 therapy ☐ Thérapie antérieure avec anthracycline ou bendamustine ou cytarabine à haute dose / Prior therapy with anthracycline or bendamustine or high dose cytarabine
☐ O/Y ☐ N	ECOG 0-1
☐ 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 échocardiographie 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)
► Critères D'Exclusion / Exclusion Criteria ◀ (Tous doivent être <u>Non</u> / All must be <u>No</u>)	
☐ 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 ☐ Patient ayant reçu une allogreffe de cellules souches / Allogeneic Stem Cell Transplant

*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

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

☐ O/Y	☐ N	Atteinte par Lymphome du système nerveux ancien ou actif/ Active or previous Lymphomatous Involvement in the Central Nervous
☐ O/Y	☐ N	Atteinte Lymphomateuse Cardiaque / Lymphomatous Cardiac Involvement
☐ O/Y	☐ N	INFECTION ACTIVE / ACTIVE INFECTION ☐ Infection bactérienne, virale ou fongique / Active bacterial, viral or fungal infection ☐ VIH non-sous contrôle / Uncontrolled HIV
☐ 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	Hépatite C nécessitant traitement / Hepatitis C needing treatment
☐ O/Y	☐ N	Immunodéficiences primaires / Primary immunodeficiencies
☐ 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	Antécédent de convulsion, d'ischémie ou d'hémorragie cérébrovasculaire, de démence, de maladie cérébelleuse, oedème cérébrale, syndrome encéphalopathie réversible postérieur ou autre maladie autoimmune neurologique centrale / History of seizures, ischemic or hemorrhagic cerebrovascular disease, dementia, cerebellar disease, cerebral oedema, posterior reversible encephalopathy syndrome or other autoimmune CNS disease

► Critères conditionnels* / Conditional criteria* ◀

*si oui, une approbation de l'opinion majoritaire au comité de tumeurs lymphome-réseau CAR-T sera nécessaire /
 *if yes, review and approval by the provincial wide Car-T cell tumour board will be required

☐ O/Y	☐ N	Maladie autoimmune nécessitant un traitement immunosuppresseur actif / Autoimmune disease requiring active immunosuppressive treatment
☐ O/Y	☐ N	Angine instable, infarctus, angioplastie/stent ou autre conditions cardiaque significative survenue dans les 3 mois avant la consultation / Unstable angina, myocardial infarction, angioplasty/stent or other significant cardiac conditions within 3 months of consultation
☐ O/Y	☐ N	Arythmie non contrôlée dans les 3 mois de la consultation / Uncontrolled Arrhythmia within 3 months of consultation

► 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.	Date AAYY/MM/JD
Médecin Physician				

*** Éligibilité incomplète – Achèvement de l'évaluation / Incomplete Eligibility- Evaluation Completion** ☐ N/A

Critères D'Éligibilité / Eligibility Criteria : ☐ Atteint / Met ☐ Non-atteint / Unmet

☐ COMMENTAIRES / COMMENTS :

	Nom en lettres moulées Name in print	Signature	N° Permis License No.	Date AAYY/MM/JD
Médecin ou représentant Physician or Designee				