



PROGRAMME DE GREFFE DE CELLULES SOUCHES ET THÉRAPIE IMMUNOCÉLLULAIRE
Adulte Therapie Immuno-Effectrice FORMULAIRE ÉLIGIBILITÉ – Leucémie lymphoblastique aiguë à cellules B

Page 1 de / of 2

STEM CELL TRANSPLANT AND IMMUNE EFFECTOR CELL PROGRAM
Adult Immune Effector Cell Therapy ELIGIBILITY FORM – B-Cell Acute Lymphoblastic Leukemia

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	
☐ Novartis – Kymriah	☐ Gilead/Kite – Tecartus
☐ Autre/ Other : _____	
► 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		
► 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				