



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

Page 1 de 1 of 2

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

Fournisseur/Supplier		☐ Gilead/Kite – Yescarta
		☐ 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	DIAGNOSTIQUE / DIAGNOSIS LYMPHOMES 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 ☐ Critère de GELF (taille ou localisation des adénopathies) à l'évaluation pour CAR-T/ Measurable disease 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 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 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
☐ 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

*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	Autre néoplasie dont l'espérance de vie a 5ans est estimée ≤75% / <i>Other Neoplastic Disease with a 5 year life expectancy estimated at ≤75%</i>			
☐ O/Y	☐ N	Hépatite B active ou inactive ET sans prophylaxie / <i>Active or un-prophylaxed AND inactive Hepatitis B</i>			
☐ O/Y	☐ N	Immunodéficiences primaires / <i>Primary immunodeficiencies</i>			
☐ O/Y	☐ N	Maladie inflammatoire ou auto-immune neurologique active (exemple Guillain-Barré ou sclérose latérale amyotrophique) / <i>Active inflammatory or autoimmune neurological disease (for example Guillain Barré or Amyotrophic Lateral Sclerosis)</i>			
☐ O/Y	☐ N	Antécédent de convulsion, d'ischémie ou d'hémorragie cérébrovasculaire, de démence, de maladie cérébelleuse (Yescarta seulement) / <i>History of seizures, ischemic or hemorrhagic cerebrovascular disease, dementia or cerebellar disease (Yescarta only)</i>			
☐ O/Y	☐ N	Angine instable ou infarctus dans les 6 mois de la consultation / <i>Unstable angina or Myocardial Infarction within 6 months of consultation</i>			
☐ O/Y	☐ N	Arythmie non contrôlée dans les 6 mois de la consultation / <i>Uncontrolled Arrhythmia within 6 months of consultation</i>			
☐ O/Y	☐ N	Grossesse ou allaitement / <i>Pregnancy or Breast Feeding</i>			
☐ O/Y	☐ N	Incapacité à respecter un plan de traitement / <i>Inability to adhere to a treatment plan</i>			
☐ O/Y	☐ N	Critères à discuter en comité de dérogation/ <i>Criteria needing committee approval</i> ☐ Exposition antérieure à un traitement anti-CD19 non-cellulaire/ <i>Previous treatment with non-cellular anti-CD19 therapy</i> ☐ Atteinte système nerveux central secondaire ancienne ou actuelle/ <i>Secondary CNS involvement (current or previous)</i>			
► Critères D'Éligibilité / Eligibility Criteria ◀ ☐ Atteint / Met ☐ Non-atteint / Unmet ☐ Incomplète / Incomplete					
☐ COMMENTAIRES / COMMENTS :					
	Nom en lettres moulées <i>Name in print</i>	Signature	N° Permis <i>License No.</i>	Heure <i>Time</i> 00:00	Date <i>AAYY/MM/JD</i>
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. _____					