



**DEMANDE DE CONSULTATION EN VUE D'UN CAR-T
POUR LYMPHOME DE HAUT GRADE**

Identification de l'utilisateur:

Nom: _____ Prénom: _____
Date de naissance (aaaa/mm/jj) ____/____/____ RAMQ: _____
Numéro de téléphone 1: _____ Numéro de téléphone 2: _____
Adresse: _____

Identification du médecin référent:

Nom: _____ Prénom: _____
Hôpital: _____ Ville: _____

Identification de la personne contact dans l'établissement de référence:

Nom: _____ Prénom: _____ Titre: _____
Numéro de téléphone: _____ Extension: _____ Télécopieur: _____

L'évaluation du dossier débutera à la réception de tous les éléments suivants :

- Compléter les pré-requis pour une évaluation en vue de CAR-T pour le traitement d'un lymphome de haut grade au CHU de Québec – Université Laval
 - Document attaché à la page 2 de 2
- Lettre résumé incluant :
 - Les antécédents pertinents
 - L'histoire oncologique
 - Le détail des chimiothérapies
 - Le détail de chacune des lignes de traitement (chimiothérapie, dose, nombre de cycles, réponse, etc.)
 - Les complications significatives
 - Si chimiothérapie haute dose suivie de greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues réalisées : veuillez fournir le régime de préparation et la date d'infusion des cellules souches
- Les rapports de pathologie depuis le diagnostic initial
- Les rapports de cytogénétique
- Les rapports d'imagerie (TDM ou TEP scan) réalisés depuis le diagnostic initial
- Les sommaires d'hospitalisation
- Tout autre document pertinent (Ex : lettre d'approbation de la province référente pour le remboursement)

Nom :

Prénom :

Dossier :

Pré-requis pour l'évaluation médicale en vue de CAR-T pour le traitement d'un lymphome de haut grade

Présence d'une des histologies suivantes (veuillez cocher celle applicable) <input type="checkbox"/> Lymphome diffus à grandes cellules B NOS <input type="checkbox"/> Lymphome B de haut grade avec ou sans réarrangement MYC et BCL2 et/ou BCL6 <input type="checkbox"/> Lymphome diffus à grandes cellules B transformé d'un lymphome folliculaire <input type="checkbox"/> Lymphome B primitif du médiastin <input type="checkbox"/> Lymphome à grandes cellules B riche en T/histiocytes <input type="checkbox"/> Lymphome de haut grade NOS <input type="checkbox"/> Lymphome primaire médiastinal à grandes cellules B <input type="checkbox"/> Lymphome diffus à grandes cellules B associé à l'inflammation chronique <input type="checkbox"/> Lymphome diffus grandes cellules B associés à l'EBV <input type="checkbox"/> Lymphome primaire cutané <i>leg-type</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Statut réfractaire ou récidivant après plus de 2 lignes de chimiothérapie incluant un anti-CD20 et une anthracycline et une autogreffe de cellules souches (ou être inéligible à l'autogreffe à l'issue d'une évaluation par un comité de sélection)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Exposition aux traitements suivants (veuillez cocher si applicable) <input type="checkbox"/> Anti-CD19 <input type="checkbox"/> Thérapie génique <input type="checkbox"/> Allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ou thérapie à base de cellules T immunes effectrices	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Progression clinique rapide de la maladie (nécessitera une thérapie de pont avant le traitement par CAR-T)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Échelle de statut de performance - ECOG 0 ou 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Atteinte néoplasique active au niveau du système nerveux central	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Infection active (veuillez cocher si applicable) <input type="checkbox"/> Bactériémie, virale ou fongique <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Hépatite C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Présence d'une maladie neurologique auto-immune ou inflammatoire active	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Par la présente, je (nom du médecin référent) _____ numéro de pratique _____ certifie que les renseignements ci-hauts sont conformes. Je comprends que l'évaluation rapide et efficace nécessite l'obtention de données médicales et que tout retard dans l'obtention de ces données peut retarder l'évaluation du dossier de l'utilisateur.

Signature du médecin référent: _____ Date (aaaa/mm/jj): _____

Veuillez acheminer les documents à l'adresse courriel coordination-cart@chudequebec.ca

Pour questions, contactez l'infirmière coordonnatrice au 418-525-4444 poste 67575 ou 67573