

**DEMANDE DE CONSULTATION EN VUE D'UN CAR-T
POUR LEUCÉMIE LYMPHOÏDE AIGÛE B (0-25 ans)**

Identification de l'utilisateur:

Nom: _____ Prénom: _____
Date de naissance: _____ 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: _____
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 de la leucémie lymphoïde aigüe B 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
- ☐ Les rapports de pathologie depuis le diagnostic initial
- ☐ Les rapports de ponction et biopsie de moelle osseuse
- ☐ Les marqueurs lymphocytaires
- ☐ Les rapports de cytogénétique
- ☐ Les formules sanguines complètes et biochimie au diagnostic et à la rechute
- ☐ Les rapports de biologie moléculaire
- ☐ Les rapports d'imagerie réalisées depuis le diagnostic
- ☐ Les sommaires d'hospitalisation
- ☐ Tout autre document pertinent (ex : lettre d'approbation de la province référence pour le remboursement)

Par la présente, 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.

Nom du médecin référent: _____

Signature du médecin référent: _____

Date (aaaa/mm/jj): _____

Nom : _____ Prénom : _____ # Dossier : _____

Pré-requis pour l'évaluation médicale en vue de CAR-T pour le traitement de la leucémie lymphoïde aigüe B (LLA-B)

Âge inférieur ou égal à 25 ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Statut réfractaire ou récidivant <input type="checkbox"/> Primairement réfractaire définit par l'absence de rémission complète (MRD-) après 2 cycles de chimiothérapie standard en première ligne ou chimioréfractaire définit par l'absence de rémission complète (MRD-) après 1 cycle de chimiothérapie standard pour une leucémie en rechute <input type="checkbox"/> Rechute médullaire après une allogreffe de cellules souches <input type="checkbox"/> Plus de 2 rechutes médullaires <input type="checkbox"/> LLA PH+ avec intolérance ou échec à supérieur à un ITK (inhibiteur de tyrosine kinase) de 2 ^e ou 3 ^e génération)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Expression CD-19 à la rechute par cytométrie de flux	<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"/> 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.

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