

OC-13-008	Initier des mesures diagnostiques, offrir un continuum de soins et déterminer le suivi à effectuer lors de l'évaluation des usagers atteints de l'hépatite C	
Version n° 1	Entrée en vigueur : 2021-04	Révisée le : 2021-10
<b>Installation(s) :</b> Toutes les installations du CIUSSS MCQ		
<b>Territoire(s) visé(s) :</b> Tous les territoires du CIUSSS MCQ		
<b>Service(s) visé(s) :</b> Santé préventive, GMF, UMF, Équipe de proximité, Services de dépendance du CIUSSS MCQ et Établissement de détention de Trois-Rivières		

<b>Référence à un protocole :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
<b>Professionnels visés par l'ordonnance :</b> Les infirmières habilitées qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires pour évaluer et effectuer le suivi des usagers atteints de l'hépatite C.
<b>Activités réservées :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;</li><li>• Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;</li><li>• Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;</li><li>• Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i> ;</li><li>• Appliquer des techniques invasives telles que des ponctions veineuses ;</li><li>• Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i>.</li></ul>
<b>Clientèle visée :</b> Usagers âgés de 18 ans et plus atteints du virus de l'hépatite C (VHC).
<b>Situation clinique visée par l'ordonnance :</b> Offrir un continuum de soins et une prise en charge pour les usagers atteints du virus de l'hépatite C et déterminer le suivi à effectuer auprès de l'utilisateur selon la trajectoire de services préétablie.

## INDICATIONS ET CONDITIONS D'INITIATION

Usager (18 ans et plus) ayant déjà reçu au préalable un résultat positif à la recherche d'anticorps anti-VHC et/ou à l'ARN-VHC.

## INTENTION THÉRAPEUTIQUE

Améliorer l'accès à la prise en charge de la clientèle visée dans une visée thérapeutique.

## CONTRE-INDICATIONS

- Grossesse

## LIMITES/ORIENTATIONS VERS LE MÉDECIN

Aucune limite.

## DIRECTIVES

1. Effectuer l'évaluation initiale – MR60808 (*voir annexe 1 du présent document*).
2. Effectuer le prélèvement sanguin de l'ARN-VHC qualitatif si pas déjà fait, afin de permettre la confirmation de la présence du VHC.
3. Selon le résultat de l'ARN-VHC qualitatif :
  - a. Si le résultat est négatif :
    1. Revoir l'utilisateur dans 3 mois et reprendre un ARN-VHC qualitatif.
      - i. Si l'ARN-VHC qualitatif est négatif lors de ce second contrôle, considérer l'utilisateur non infecté et mettre fin à l'épisode de soins. Diriger au besoin l'utilisateur vers un accompagnement pour la réduction des risques de réinfection.
      - ii. Si l'ARN-VHC qualitatif est positif lors de ce second contrôle, passer au point 3 b.
  - b. Si le résultat est positif :
    1. Faire remplir le formulaire Maladie À Déclaration Obligatoire (MADO) par le médecin de la clinique d'hépatite C pour qu'il procède à la déclaration obligatoire du cas d'hépatite C au Directeur de santé publique.
    2. Si une infection VHC aiguë est suspectée se référer au guide Québécois de dépistage des Infections Transmissibles Sexuellement et par le Sang (ITSS).
      - I. Contrôler l'ARN-VHC 6 mois après la date présumée d'infection.
4. Faire le counseling pour le diagnostic du VHC chronique selon le « *Guide québécois de dépistage des ITSS* » en vigueur du MSSS. (référence)
5. Effectuer les prélèvements sanguins prétraitement selon le guide « *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C* » en vigueur du MSSS.
  - a. Dans la section « renseignements complémentaires », inscrire selon OC-13-008, pré-Tx VHC. Dans la section « Médecin requérant », inscrire le nom et le numéro de permis du médecin répondant de l'ordonnance collective.
  - b. Préciser « obligatoire pour le calcul scores de fibrose » devant la case AST.

6. Calculer les scores biologiques APRI (AST to Platelet Ratio Index) et FIB-4 (Fibrosis-4) en utilisant le calcul automatique à partir des adresses suivantes :

Score APRI : <https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri>

Score Fib-4 : <https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4>

$$\text{APRI} = \frac{\frac{\text{AST Level}}{\text{AST (Upper Limit of Normal)}}}{\text{Platelet Count (10}^9\text{/L)}} \times 100$$

$$\text{FIB-4} = \frac{\text{Age (years)} \times \text{AST (U/L)}}{\text{Platelet Count (10}^9\text{/L)} \times \sqrt{\text{ALT (U/L)}}}$$

7. Selon les résultats des scores biologiques APRI et FIB-4, se référer au document «Algorithme cheminement clinique selon le stade de la fibrose» pour déterminer si une mesure de l'élasticité hépatique par Fibroscan® est requise avant d'initier le traitement (*voir annexe 2 du présent document*).

- a. Si requis, passer à l'étape 8.
- b. Si non requis, passer à l'étape 11.

#### 8. Faire une demande pour un fibroscan

Compléter la requête utilisée dans votre centre au nom du médecin répondant. Important de noter les indications et les critères cliniques qui justifient l'examen, de même que la référence à l'OC-13-008. Envoyer la demande.

9. Lors de la réception des résultats du fibroscan et à partir du document « Algorithme cheminement clinique selon le stade de la fibrose», utiliser le résultat de la médiane de l'élasticité pour déterminer si une échographie abdominale est requise.

- a. Si, une échographie abdominale est requise, poursuivre à l'étape 10.
- b. Si non requis, passer à l'étape 11.

#### 10. Faire une demande pour une échographie abdominale

Compléter la requête « Radiologie » utilisée dans votre centre au nom du médecin répondant. Important de noter les indications et les critères cliniques qui justifient l'examen, de même que la référence à l'OC-13-008. Envoyer la demande au département de radiologie localement

#### 11. Effectuer la référence médicale

À partir des résultats prétraitement obtenus, référer au médecin traitant désigné.

12. **Suite à l'évaluation médicale et à la réponse du médecin traitant** concernant la prise en charge et l'initiation de traitement :

- a. Le médecin devra compléter la demande de médicament d'exception de la RAMQ selon le traitement choisi. Les formulaires sont disponibles en ligne via le site de la RAMQ pour les médecins.

13. **L'infirmière poursuivra le suivi per et post-traitement** selon les modalités convenues et selon le document « La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C » du MSSS.

- a. Effectuer les prélèvements sanguins recommandés selon le guide « La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C » en vigueur du MSSS.
- b. Dans la section « renseignements complémentaires », inscrire « VHC SIDEP ».

14. En présence de résultats anormaux suite aux prélèvements sanguins pendant ou après le traitement, se référer au document intitulé « Marche à suivre en présence de résultats biologiques anormaux chez les personnes atteintes du virus de l'hépatite C » (voir annexe 3 du présent document).

## MÉDECIN RÉPONDANT

Médecin de la clinique de proximité.

En cas de problèmes ou pour toute autre question sur l'application de l'ordonnance collective, le professionnel se réfère au médecin traitant ou répondant le cas échéant.

## ANNEXES

- Annexe 1 → Évaluation initiale de l'infirmière – Hépatite C MR60808  
Annexe 2 → Algorithme cheminement clinique selon le stade de la fibrose  
Annexe 3 → Marche à suivre en présence de résultats anormaux aux tests diagnostiques chez les personnes atteintes du virus de l'hépatite C

## BIBLIOGRAPHIE

American Association for the Study of the Liver Diseases (AASLD) and Infectious Diseases Society of America (IDSA). (2017). HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing et Treating Hepatitis C. AASLD-IDSA, USA. Repéré à : <https://www.hcvguidelines.org/>.

Canadian Association for the Study of the Liver. (2018). The management of chronic hepatitis C: 2018 guideline update from the Canadian Association for the Study of the Liver. *CMAJ*, 190(22), E677-E687.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015). Analyses de laboratoire recommandées pour le dépistage de l'infection par le virus de l'hépatite C. INSPQ. Repéré à : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1972\\_analyses\\_laboratoires\\_hepatite\\_c.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1972_analyses_laboratoires_hepatite_c.pdf).

Ordonnance collective des réfugiés.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2018). *La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*. Direction des communications du MSSS. Montréal : Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2019). *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Direction des communications du MSSS. Montréal : Québec.

## MOTS-CLÉS

VHC

Médecin traitant

Clientèle vulnérable

## APPROBATION / ADOPTION

<b>ÉLABORATION</b>	Nathalie Forcier inf. maîtrise en sciences infirmières, ASI, santé préventive zone sud/Drummondville Dr Samuel Blain, chef de service de médecine générale – volet dépendance et inclusion sociale MCQ	
<b>COLLABORATION</b>	Isabelle Pépin inf. clinicienne, ASI, santé préventive zone centre/Trois-Rivières Dre Claire Wartelle-Bladou, hépatologue, Service de Médecine des Toxicomanies, CHUM et auteure La prise en charge et le traitement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C - Guide pour les professionnels de la santé du Québec	
<b>ANNULE ET REMPLACE</b>	CSSSAE	S. O
	CSSSBNY	S. O
	CSSSD	S. O
	CSSSÉ	S. O
	CSSSHSM	S. O
	CSSSM	S. O
	CSSSTR	OC -1157,OC-1158
	CSSSVB	S. O
	Agence	S. O
	CJMCQ	S. O
	CRDITED	S. O
	Domrémy	S. O
InterVal	S. O	
<b>APPROUVÉE PAR :</b>	<b>Approbation électronique</b> Stéphanie Despins Directrice des soins infirmiers	2021-05-19
	<b>Approbation électronique</b> Dr André Poirier Chef de service de microbiologie-infectiologie	2021-05-19
	<b>Approbation électronique</b> Dre Jacynthe Larouche Chef de service de gastro-entérologie	2021-06-10
<b>ADOPTÉE PAR :</b>	<b>Original signé</b> Dr Lossany Touré Président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2021-10-27



Québec



MR60808

Identification de l'utilisateur

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 D.D.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

**ÉVALUATION INITIALE INFIRMIÈRE PRÉTRAITEMENT DE L'HÉPATITE C**

<b>Renseignement généraux</b>		
Nom du médecin traitant virus de l'hépatite C (VHC) :		
Tél. :		
Milieu de vie : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Colocation		
<input type="checkbox"/> Judiciarisé Date prévue de libération : _____ AAAA-MM-JJ		
<input type="checkbox"/> Incarcération prévue Date : _____ AAAA-MM-JJ		
<b>Personnes-ressources</b>		
Personne de référence :		Tél. :
Médecin de famille :		Tél. :
		Téloc. :
Pharmacie :		Tél. :
		Téloc. :
Organisme communautaire :		Tél. :
		Téloc. :
<b>Vaccination antérieure</b>		
Hépatite A <input type="checkbox"/> Oui, Date : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Anticorps (AC) (+ ou -) : _____ AAAA-MM-JJ		
Hépatite B <input type="checkbox"/> Oui, Date : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> AC (+ ou -) : _____ AAAA-MM-JJ		
Pneumocoque <input type="checkbox"/> Oui, Date : _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus _____ AAAA-MM-JJ		
<b>Médication actuelle</b>		
Annexer la liste de médicaments <input type="checkbox"/> Fait		
Assurances : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)		
<b>Histoire de la maladie</b>		
Test de dépistage anti-VHC fait le : _____		Endroit : _____
		AAAA-MM-JJ
Date probable du début de l'infection : _____ AAAA-MM-JJ		
Mode de transmission probable : _____		

Nom :

Prénom :

N° dossier :

Symptômes d'hépatite C : <input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non
Bilan sanguin initial : <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ AAAA-MM-JJ	Charge virale : <input type="checkbox"/> Non
Fibroscan : <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ AAAA-MM-JJ	Résultat médiane de l'élasticité : <input type="checkbox"/> Non
Échographie : <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ AAAA-MM-JJ	Résultat : <input type="checkbox"/> Non
Fibrosis-4 (FIB-4) : <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ AAAA-MM-JJ	Résultat : <input type="checkbox"/> Non
AST to Platelet Ratio Index (APRI) : <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ AAAA-MM-JJ	Résultat : <input type="checkbox"/> Non
Traitement VHC antérieur : <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ AAAA-MM-JJ	Génotype : <input type="checkbox"/> Non
Durée du traitement : _____	Médication reçue : _____
Traitement terminé : <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ AAAA-MM-JJ	<input type="checkbox"/> Non
Rendez-vous de suivi Date : _____	= _____
Infection actuelle liée à : <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> infection <input type="checkbox"/> Échec au traitement <input type="checkbox"/> Réinfection	
<b>Histoire de consommation</b>	
Alcool : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Non	Commentaires : _____
Drogues IV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Non	Commentaires : _____
Drogues inhalées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Non	Commentaires : _____
Cannabis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Non	Commentaires : _____
Tabac : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Non	Commentaires : _____
Autres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Non	Commentaires : _____
Programme de substitution aux opiacés : <input type="checkbox"/> Oui Médicament/dosage : _____ <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, médecin traitant : _____	Tél. : _____
Date du début : _____ AAAA-MM-JJ	
<b>Facteurs de risque</b>	
<input type="checkbox"/> Tatouage/piercing	<input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec personne infectée <input type="checkbox"/> Greffé
<input type="checkbox"/> Partage de matériel de consommation	<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> Pays endémique
<input type="checkbox"/> Drogue injectable	<input type="checkbox"/> Drogue par inhalation <input type="checkbox"/> Scarification



MR60808

Identification de l'utilisateur

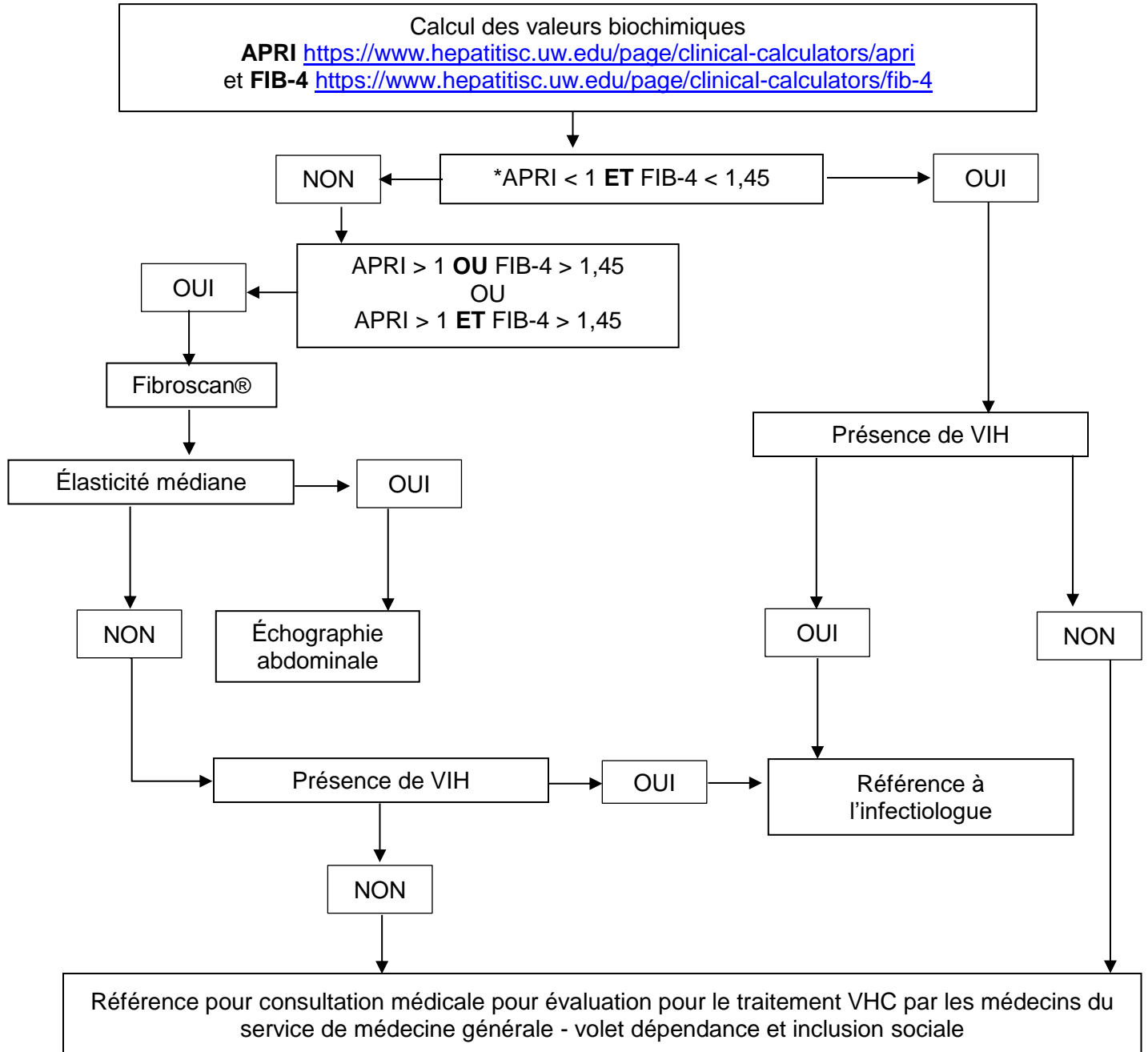
Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 D.D.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

ÉVALUATION INITIALE INFIRMIÈRE  
PRÉTRAITEMENT DE L'HÉPATITE C

<b>Allergies</b>	
Allergies : <input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non
<b>Situation de santé</b>	
Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non
Chirurgies : <input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non
Autres pathologies incluant les antécédents psychologiques : <input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Non
<b>Signes vitaux</b>	
Tension artérielle : _____ / _____ mmHg	Pouls : _____ /min
Température : _____ °C	Respiration : _____ /min.
Poids : <input type="checkbox"/> Livres <input type="checkbox"/> Kilos	Taille : _____ <input type="checkbox"/> Pieds <input type="checkbox"/> Centimètres
<b>Réseau social</b>	
Père vivant : <input type="checkbox"/> Oui Lien actif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mère vivante : <input type="checkbox"/> Oui Lien actif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Frères/sœurs : <input type="checkbox"/> Oui Nombre : _____ Lien actif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfants : <input type="checkbox"/> Oui Nombre : _____ Lien actif : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Conjoint(e) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Séparé/divorcé	
Amis(es) : <input type="checkbox"/> Oui	
Intervenant : <input type="checkbox"/> Oui Nom : _____	
Autres : _____	
<b>Interventions</b>	
Informations données : <input type="checkbox"/> M. M. <input type="checkbox"/> Complications <input type="checkbox"/> Réduction des méfaits	
<b>Notes supplémentaires</b>	
Signature de l'infirmière _____	Date : _____ Heure : _____ <span style="margin-left: 100px;">AAAA-MM-JJ</span> <span style="margin-left: 100px;">HH:MM</span>



## Algorithme Cheminement clinique selon le stade de fibrose



Lorsque le contexte est particulièrement propice à l'instauration d'un traitement antiviral, un score APRI < 1 OU un score FIB-4 < 1.45 permet d'exclure une cirrhose du foie avec une bonne valeur prédictive négative. Ce traitement pourra commencer sans délai et un Fibroscan® n'est alors pas nécessaire.

## MARCHE À SUIVRE EN PRÉSENCE DE RÉSULTATS ANORMAUX AUX TESTS DIAGNOSTIQUES CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DU VIRUS DE L'HÉPATITE C

ANALYSES DE BASE			
Valeurs anormales	Référer à l'urgence	Contact avec le médecin traitant ou référent <b>PRIORITÉ CLINIQUE</b> A* : inférieur ou égal à 3 jours/B : inférieur ou égal à 10 jours /C : inférieur ou égal à 28 jours/D : inférieur ou égal à 3 mois E : inférieur ou égal à 12 mois	Autres références
PRÉLÈVEMENTS SANGUINS			
<b>ALT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ALT anormale combinée avec SX abdominaux</li> <li>○ ALT supérieur ou égal à 500 U/L avec incapacité de rejoindre le médecin répondant 48 heures après la réception de l'analyse anormale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ALT supérieur ou égal à 500 U/L: Priorité A ou référer directement à l'urgence dans l'incapacité de rejoindre le médecin répondant 48 heures après la réception de l'analyse anormale</li> <li>○ ALT inférieur à 500 U/L au deuxième prélèvement : Priorité C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ALT inférieur à 500 U/L: Répéter l'ALT 5 à 7 jours après l'analyse du prélèvement anormal</li> </ul>
<b>AST</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ AST anormale combinée avec SX abdominaux</li> <li>○ AST supérieur ou égal à 500 U/L avec incapacité de rejoindre le médecin répondant 48 heures après la réception de l'analyse anormale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ AST supérieur ou égal à 500 U/L : Priorité A ou référer directement à l'urgence dans l'incapacité de rejoindre le médecin répondant 48 heures après la réception de l'analyse anormale</li> <li>○ AST inférieur à 500 U/L au deuxième prélèvement : Priorité C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ AST inférieur à 500 U/L : Répéter l'AST 5 à 7 jours après l'analyse du prélèvement anormal</li> </ul>
<b>FSC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ HB inférieur ou égal à 80 g/L</li> <li>○ Plaquettes inférieur à <math>50 \times 10^9/L</math></li> <li>○ Neutrophiles inférieur à 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ HB entre 80 et 100 g/L: Priorité B et compléter bilan anémie (ferritine, VS, B12, folates, électrophorèse des protéines sériques, réticulocytose)</li> <li>○ Leucocytes supérieur à <math>20 \times 10^9/L</math>: Priorité B</li> <li>○ Neutrophiles anormales non urgent : Priorité C et répéter FCS après 1-2 sem</li> <li>○ Plaquettes sous la valeur normale non urgent : Priorité C et répéter FCS avec tube citraté après 1-2 sem</li> <li>○ Leucocytes anormales non urgent : Priorité C et répéter FCS après 1-2 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ HB sous la valeur normale : compléter bilan anémie (ferritine, VS, B12, folates, électrophorèse des protéines sériques, réticulocytose)</li> </ul>

<b>INR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si INR plus de 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si prise de Coumadin, INR entre 3,5 et 5 priorité A et contacter professionnel responsable du suivi Coumadin</li> <li>○ Si pas de Coumadin, INR entre 2 et 5 priorité B et reprendre INR dans les 72 heures</li> </ul>	-
<b>Créatinine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si Clairance de la créatinine moins de 20 mg/L</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si Clairance de la créatinine entre 20 et 30 mg/L : Priorité B et reprendre prélèvement d'ici 1 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si Clairance de la créatinine entre 30 et 50 mg/dL : reprendre prélèvement dans 1-2 sem</li> </ul>
<b>Albumine</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Albumine de moins de 23 g/L : Priorité C et reprendre prélèvement x 1-2 sem</li> </ul>	-
<b>Glycémie</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plus de 16 mmol/L</li> <li>○ Priorité A et contacter usager</li> <li>○ Si plus de 7 mmol/L : Priorité C si non connu diabétique et effectuer glucose et Hb1Ac d'ici le rendez-vous médical</li> </ul>	-
<b>Bilirubine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bilirubine conjuguée anormale combinée avec douleur anormale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bilirubine anormale accompagnée d'une coloration jaunâtre des téguments : Priorité A</li> <li>○ Bilirubine anormale sans Sx : Priorité C</li> </ul>	-
<b>AgHBs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Présence d'Ag Hbs accompagnée de douleur abdominale ou d'ictère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Présence d'Ag HBs : Priorité C et envoyer au LSPQ pour confirmation tel que prévu</li> </ul>	-
<b>Ac anti-HBc totaux</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Présence d'Ag HBs : Priorité C</li> <li>○ AgHBs négatif : Priorité C et effectuer ADN-VHB</li> </ul>	-
<b>Ac anti-VIH</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si positif et non connu : Priorité B</li> </ul>	-
<b>Analyse d'urine</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Présence d'érythrocytes sur l'analyse d'urine de plus de 3 cellules par champ, répéter l'analyse dans 1-2 sem et priorité C</li> </ul>	-
<b>TSH</b>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ TSH anormale symptomatique : Priorité B</li> <li>○ TSH anormale asymptomatique : Priorité C</li> </ul>	-