

CH MONT DORE

Version 1



N°SEJOUR

NOM **ETIQUETTE PATIENT**

PRENOM

ETIQUETTE
UF

RESERVE AU
LABORATOIRE

Nom du prescripteur :

Nom du préleveur :

Reservé au
laboratoire

LABORATOIRE DU MONT DORE Tel : 1521

■ DATE

HEURE

☐ **URGENT**

TUBE VERT SANS GEL

- ☐ Ionogramme (Sodium, Potassium, Chlore)
- ☐ Créatinine + CKDEPI
- ☐ Urée
- ☐ Calcium ionisé
- ☐ Glucose
- ☐ Lactate
- ☐ Troponine Ic

TUBE VIOLET

- ☐ NFS approchée
- ☐ NFS approchée + CRP

SERINGUE Gaz Du Sang

Type échantillon

- ☐ Artériel
- ☐ Veineux

Renseignements

Température :

Débit O₂ en mL/min :

- ☐ Air ambiant
- ☐ Lunettes
- ☐ Masque
- ☐ Masque haute concentration

Examens

- ☐ Gaz du sang (pH, pO₂, pCO₂, SaO₂, Ctco₂, HCO₃, BEecf)
- ☐ Ionogramme (Sodium, Potassium, Chlore)
- ☐ Créatinine + CKDEPI
- ☐ Urée
- ☐ Calcium ionisé
- ☐ Glucose
- ☐ Lactate

Renseignements cliniques

Réservé Laboratoire

- ☐ Non-conformité bloquante
- ☐ Absence Date/Heure