DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE MEDICALES

Site de Villejuif

EXAMEN DE BIOLOGIE MEDICALE

Identification du Patient. Etiquette GR Nom :…….. Nom de naissance Prénom : ……. NIP Date de Naissance : ☐ M ☐ F	Service :…….. Médecin prescripteur:…….. Nom du préleveur :…… Date du prélèvement :…… Heure du prélèvement :……	Cadre réservé au Laboratoire Nombre de spécimens : Conformité de la demande ☐ oui ☐ non Signature

COREBIOPATH **(tél : 2 64-72)** **URGENT**

GAZ DU SANG

ENVOI DANS UN SACHET BLEU

Seringue gaz du sang

RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE :*

Température : ……°C

(* si non renseigné, gaz du sang non réalisé)

RENSEIGNEMENT FACULTATIF :

Oxygénation : ……L/min ou ..... %

GAZ du sang **ARTERIEL** ☐ GAZ du sang **VEINEUX** ☐

Ensemble des paramètres dosés simultanément :

- *pH mesuré et corrigé, PCO2 mesurée et corrigée, PO2 mesurée et corrigée, Saturation*
- *Lactates*
- *Hb, Na, K, Cl, Bicarbonates, Calcium ionisé*

Renseignements concernant le patient (clinique / traitement / protocole) CSP Art. L. 6211-8	Signature du prescripteur