

Demande d'analyses de biologie délocalisée (Point Of Care Testing)

OBLIGATOIRE

Coordonnées patient(e)

Nom, Prénom:

Date de naissance: JJ / MM / AAAA Sexe: F M

Adresse:

Département:

OBLIGATOIRE

Date de demande: JJ / MM / AAAA

Cachet et signature prescripteur:

OBLIGATOIRE

Date et heure de prélèvement : JJ / MM / AAAA HH H MM

OBLIGATOIRE

Prélevé par :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

GAZOMÉTRIE

- pH
- PO₂
- PCO₂
- NA⁺
- K⁺
- CA²⁺
- Cl⁻
- Glucose
- Lactate
- Hb
- Met Hb
- COHb
- Bilirubine

AUTRES ANALYSES EN BIOLOGIE DÉLOCALISÉE

- Lactate (scalp foetal)
- ACT / TCA (Temps de Coagulation Activé)
- Glycémie capillaire