



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE – CH ARRAS
Boulevard Besnier – 62022 ARRAS cedex

URGENT

Identité patient :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Sexe :

Cachet du service

Prescripteur : _____

 Médecin Interne Sage-femme

Date et heure de prélèvement: ___ / ___ / ___ à ___ h ___ min

Préleveur : _____

 IDE SF autre : _____

EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE : GAZ DU SANG

1 / Gaz du sang :

- Gaz du sang (pH, Po₂, Pco₂, Hct, tHb, SO₂)
- pH
- Méthémoglobine
- Calcium ionisé
- Carboxyhémoglobine
- Autre : _____

2 / Commentaires et renseignements clinique :

<input type="radio"/> Température : _____°c Type de prélèvement : <input type="radio"/> Artériel <input type="radio"/> Veineux <input type="radio"/> Capillaire <input type="radio"/> Air ambiant <input type="radio"/> Avant effort <input type="radio"/> Après effort <input type="radio"/> F- vni <input type="radio"/> Vni	<input type="radio"/> O ₂ (lpm) : ___ litres <input type="radio"/> FiO ₂ : ___ % <input type="radio"/> Flow (lpm) : ___
---	---

3/ Traçabilité de la non réalisation d'un gaz du sang