

IDENTITE DU PATIENT (étiquette) Nom de naissance: Nom d'usage : Prénoms : Date de naissance : Sexe : F M	DATE DE PRELEVEMENT :/...../..... HEURE DE PRELEVEMENT :H..... PRESCRIPTEUR : PRELEVEUR : <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red;"> URGENT (préciser au dépôt) </div>	SITE DE PRELEVEMENT PZQ MFME Louis Domergue Mangot Vulcin Clarac CEV Autres :	SERVICE DEMANDEUR N° UF : Tél : <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; font-weight: bold;"> <i>Réservé laboratoire</i> </div>
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :			

BON 1-A SERVICE DES URGENCES

Réserver au laboratoire Nombre de tubes reçus..... Par (initiales Agents) :.....

SANG (bouchon vert 5ml)	GAZOMETRIE	URINES
<p style="text-align: center;">Bilans</p> <input type="checkbox"/> B. ionique (NA-K-Cl-CO2) <input type="checkbox"/> B. ionique 2 (Na-K-Cl) <input type="checkbox"/> B. phosphocalcique <input type="checkbox"/> B. hépatique (Bili T-C,P Alc, TGO, TGP, GGT) <input type="checkbox"/> Bilan rénal (Urée + créatinine) <hr/> <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Ammoniémie  <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> Beta HCG DDR..... <input type="checkbox"/> Protéine C-réactive <input type="checkbox"/> Fer <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Lactate (tube gris uniquement)* <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Magnésium <input type="checkbox"/> BNP (bouchon Violet) <input type="checkbox"/> Protides <input type="checkbox"/> Triglycérides <input type="checkbox"/> Troponine I <input type="checkbox"/> Urée	<input type="checkbox"/> Gaz du sang artériel <input type="checkbox"/> Gaz du sang artériel + lactate <input type="checkbox"/> Gaz du sang veineux <input type="checkbox"/> Gaz du sang veineux +lactate Température: Malade sous O2: <input type="checkbox"/> Carboxy hémoglobine <input type="checkbox"/> Méthémoglobine <div style="background-color: #E0FFE0; text-align: center; font-weight: bold; padding: 5px;"> AUTRES LIQUIDES </div> Nature : <input type="radio"/> LCR <input type="radio"/> Ascite <input type="radio"/> Plèvre <input type="radio"/> Autres <input type="checkbox"/> Aspect <input type="checkbox"/> Chlorures <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> pH <div style="text-align: center;">  Ammoniémie : Dosage uniquement sur tube EDTA (violet) parvenu dans de la glace (-de 30 min) </div>	<p style="text-align: center;">RECUEIL:</p> <input type="checkbox"/> 24 H <input type="checkbox"/> Urines fraîches <input type="checkbox"/> Autre durée Volume : ml <input type="checkbox"/> Sodium <input type="checkbox"/> Potassium <input type="checkbox"/> Chlore <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Protides <input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Phosphore <div style="text-align: center; font-weight: bold;"> RECHERCHES (uniquement sur Urines fraîches) </div> <input type="checkbox"/> Corps Cétoniques <input type="checkbox"/> Hémoglobine <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> Densité
DOSAGES PHARMACO TOXICOLOGIE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui remplir obligatoirement verso		

