

FORMULAIRE DE PRESCRIPTION POUR EXAMEN DE BIOLOGIE DELOCALISEE
(DCZ)



Laboratoire de Biologie Médicale

**BON DE PRESCRIPTION RESERVE AUX URGENCES
et AUX AUTRES UF pour GAZOMETRIE et TROPONINE**

Date :

Heure de prélèvement :

Préleveur :

Prescripteur (nom et prénom) :

Etiquette patient

Analyseur ABL 90 Flex Plus

Seringue à gazométrie (sang artériel)

Gaz du sang + (Na, K, Cl, Bicar., Ca, Gly, Urée, Créat.)

Tube hépariné (vert)

( tube bien rempli)

Na, K, Cl, Bicar., Ca, Gly, Urée, Créat.

Horiba Micro semi CRP

Tube EDTA (violet)

Numération Sanguine (screening)

Numération Sanguine (screening) + **CRP**

Triage Meter pro

Tube EDTA (violet)

Troponine I hs

NT pro BNP

D-Dimères