

HAPPE-ALUSE TASAKAALU ANALÜÜSIDE TELLIMISLEHT

Patsiendi PERENIMI **EESNIMI**

Isikukood (või sugu ja vanus) **Proovivõtu kuupäev**

Tellijä (nimi, kood) **Proovivõtu kellaeg**

Tellijä telefon **Proovivõtja (nimi, kood)**

Asutus, osakond

Proovimaterjal: Arteriaalne Venosne Kapillaarne Segavenosne Nabaväät

Vajadusel märkida: **FiO2**% **Patsiendi kehatemperatuur**°C

LH-süstal / LH-kapillaar	
<input type="checkbox"/> Happe-aluse tasakaal	<input type="checkbox"/> Glükoos
<input type="checkbox"/> Hb	<input type="checkbox"/> Naatrium
<input type="checkbox"/> Hct	<input type="checkbox"/> Kaalium
<input type="checkbox"/> COHb	<input type="checkbox"/> Kaltsium (ioniseeritud)
<input type="checkbox"/> MetHb	<input type="checkbox"/> Laktaat
	<input type="checkbox"/> Kloriid
	<input type="checkbox"/> Bilirubiin (ainult nabaväädi verest)