

Kleebi siia tellimuskood

**Laboratoorium**

Kliinilise keemia ja hematoloogia osakond

Tel 617 1393, 617 1027

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

J. Sütiste tee 19, 13419 TALLINN

[www.regionaalhaigla.ee](http://www.regionaalhaigla.ee)

Saatja asutus .....

Osakond .....

Arst/ kood .....

Telefon .....

**PATSIENT**

Nimi .....

Isikukood (või sugu, vanus) .....

Hgl nr .....

Proovivõtu kuupäev .....

Proovivõtu kellaaeg .....

Proovivõtja (nimi, kood) .....

**HAPPE-ALUS TASAKAAL**

Liitiumhepariini süstal: 3 ml süstlas minimaalne vere maht 1,6 mL.

Pt kehatemperatuur ..... °C      paigaldatud ECMO  ei  
 ECMOHapniku fraktsioon sissehingatavas õhus  $FiO_2$  ..... %**VEREGAASIDE UURING ARTERIAALSES VERES** ARTER ECMO**VEREGAASIDE UURING VENOOSSES VERES** VEEN[PS191/5](#)

Kleebi siia tellimuskood

**Laboratoorium**

Kliinilise keemia ja hematoloogia osakond

Tel 617 1393, 617 1027

SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla

J. Sütiste tee 19, 13419 TALLINN

[www.regionaalhaigla.ee](http://www.regionaalhaigla.ee)

Saatja asutus .....

Osakond .....

Arst/ kood .....

Telefon .....

**PATSIENT**

Nimi .....

Isikukood (või sugu, vanus) .....

Hgl nr.....

Proovivõtu kuupäev .....

Proovivõtu kellaaeg .....

Proovivõtja (nimi, kood) .....

**HAPPE-ALUS TASAKAAL**

Liitiumhepariini süstal: 3 ml süstlas minimaalne vere maht 1,6 mL.

Pt kehatemperatuur ..... °C      paigaldatud ECMO  ei  
 ECMOHapniku fraktsioon sissehingatavas õhus  $FiO_2$  ..... %**VEREGAASIDE UURING ARTERIAALSES VERES** ARTER ECMO**VEREGAASIDE UURING VENOOSSES VERES** VEEN[PS191/5](#)