



ERECH004 – Indice 10

Réservé au laboratoire
Etiquette
Patient

RECUEIL DE SPERME EN VUE D'UN SPERMOGRAMME

MERCI DE RESPECTER LES INSTRUCTIONS SUIVANTES
AFIN D'ASSURER LA QUALITE ET LA FIABILITE DES RESULTATS

CETTE ANALYSE EST REALISEE UNIQUEMENT **SUR RENDEZ-VOUS** : MERCI DE VOUS PRESENTER AU LABORATOIRE 121, RUE DES FRANCS
A TOURCOING, MUNI DE VOTRE ORDONNANCE

LE RECUEIL S'EFFECTUE IMPERATIVEMENT AU LABORATOIRE :
du lundi au vendredi ENTRE 8H ET 10H LE MATIN et le samedi ENTRE 8H ET 9H LE MATIN

<ul style="list-style-type: none"> Observer une abstinence sexuelle de 2 à 7 jours maximum (<i>idéalement 3 jours</i>). Boire abondamment la veille du recueil et se présenter la vessie pleine. Se présenter au laboratoire le jour de votre RDV à l'heure indiquée ci-contre Le laboratoire fournit le matériel nécessaire et les recommandations pour procéder au recueil dans de bonnes conditions 	RDV pris Le : A :
---	--

Répondez à l'ensemble du questionnaire ci-dessous :

Nom du patient : [] Prénom du patient: []
Date de naissance : [] Heure de recueil : []
Profession : []
Nom de la conjointe : [] Prénom de la conjointe: []

Date de la dernière éjaculation (avant d'effectuer ce recueil) : []
Soit [] jours (ne pas dépasser 7 jours)

	Oui	Non	
Avez-vous recueilli <u>la totalité du sperme</u> lors de l'éjaculation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prenez-vous des médicaments de façon régulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels? :
Avez-vous eu de la fièvre dans les 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des antécédents d'infections urinaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous contracté une IST (Infection Sexuellement Transmissible) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous eu des opérations de l'appareil urogénital (Varicocèle...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, la date ? : Lesquelles ?
Avez-vous effectué une vasectomie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, la date ? :
Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Combien de cigarettes par jour ? :
Êtes-vous exposé à des toxiques (drogues, pesticides, solvants, peintures...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des cas d'infertilité dans votre famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà fait un spermogramme auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, la date ? :
Avez-vous eu une maladie grave (cancer...) ayant nécessité chimio ou radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre conjointe a-t-elle fait des examens dans le cadre d'un bilan d'infertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui lesquels ?
Avez-vous déjà eu 1 ou des enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec votre partenaire actuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	