

Date : .../.../.....

Vous

Votre conjointe

Nom : ..... Nom : .....

Prénom : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Date de Naissance : .....

Prélèvement en vue d'IUI répondre uniquement aux questions signalée avec un étoile ★

<b>• Contexte clinique</b>	
Avez-vous déjà réalisé un spermogramme ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui était-il normal ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>• Renseignements cliniques</b>	
★ Nombre de jour depuis la dernière éjaculation :	..... jours
★ Dans les 3 derniers mois avez-vous eu un épisode de fièvre > à 38°C ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fumez-vous ? si oui nombre de cigarettes par jour : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fumez-vous régulièrement du Cannabis ? si oui consommation par jour : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Consommez-vous de l'alcool ? Si oui fréquence et quantité : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>• Antécédents</b>	
Avez-vous été à l'origine d'une grossesse (enfant, fausse couche, grossesse extra-utérine, interruption) -avec votre partenaire actuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / -avec une autre partenaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'enfance, les testicules étaient-ils bien descendus dans les bourses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'enfance avez-vous eu les oreillons ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des infections urinaires et/ou génitales ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu un traumatisme testiculaire important ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous-a-t-on opéré	
- d'une hernie inguinale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- d'une torsion testiculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- d'une tumeur testiculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- d'une varicocèle (varice au niveau des bourses)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- une vasectomie, si oui quand	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous une maladie grave ? si oui laquelle : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
★ Dans les 3 derniers mois avez-vous eu des antécédents médicaux ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui lesquels : .....	
<b>• Traitement</b>	
★ Dans les 3 derniers mois avez-vous pris des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui lesquels : .....	
Avez-vous eu une chimiothérapie ou une radiothérapie ? si oui date : .../.../.....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>• Recueil</b>	
La totalité de l'éjaculat a-t-elle été recueillie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si perte de l'éjaculat <input type="checkbox"/> Début <input type="checkbox"/> Milieu <input type="checkbox"/> Fin	Heure : .....H.....

Réception (cadre réservé au laboratoire) : Opérateur : ..... Date/heure : ...../...../..... H.....

Conforme  Non conforme : .....

Document à scanner dans la GED du dossier rubrique « Fiche de renseignements »

### **CONSIGNES A RESPECTER**

- Délais d'abstinence de 2 à 7 jours (= avoir une éjaculation 2 à 7 jours avant le recueil au laboratoire)
- Boire 1.5 litre d'eau la veille au soir
- Se présenter au rendez-vous avec votre ordonnance, votre carte vitale et votre carte de mutuelle

**Si ces consignes ne sont pas respectées l'examen ne pourra pas être effectué.**

---

### **CONSIGNES DE PRELEVEMENT**

- 1- Uriner avant le prélèvement
- 2- Se laver soigneusement les mains avec du savon
- 3- Faire une toilette soignée du gland à l'eau et au savon (avec du savon antiseptique, rincer à l'eau claire et sécher avec les compresses stériles) ou avec la lingette antiseptique fournie
- 4- Recueillir par masturbation la totalité de l'éjaculat dans le flacon stérile mis à votre disposition
- 5- Refermer soigneusement le flacon

#### En cas de prélèvement réalisé à domicile

Mettre le flacon dans la valise de transport fournie

Noter l'heure sur la fiche de renseignements

Ramener le flacon au laboratoire le plus rapidement possible.

**Au-delà d'un délai d'une heure le prélèvement ne pourra être accepté.**

**Le recueil de sperme à domicile lors d'une AMP n'est pas autorisé par la loi.**