

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

Vous

Votre conjoint(e)

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Date de Naissance :

Date de Naissance :

Téléphone :

Adresse mail :

• Contexte clinique	
Avez-vous déjà réalisé un spermogramme ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ce spermogramme est-il réalisé dans le cadre d'un désir d'enfant ?	
<input type="checkbox"/> Oui , Depuis combien de temps essayez-vous de concevoir avec votre partenaire ?	
<input type="checkbox"/> Non , Motif de la prescription: <input type="checkbox"/> Contrôle post-vasectomie	
<input type="checkbox"/> Contrôle de la fertilité sans désir d'enfant	
<input type="checkbox"/> Recherche d'une infection	
• Renseignements cliniques	
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
• Antécédents	
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
Avez-vous été opéré pour l'une des raisons suivantes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non , si oui lesquelles ?	
<input type="checkbox"/> Hernie inguinale <input type="checkbox"/> Torsion testiculaire <input type="checkbox"/> Tumeur testiculaire <input type="checkbox"/> Varicocèle (varice au niveau des bourses)	
<input type="checkbox"/> Vasectomie, si oui quand :	
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 :	
• Traitement	
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
Utilisez vous un moyen de contraception masculine ? Si oui lequel :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Recueil	
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.