

Afin d'effectuer vos analyses dans les meilleures conditions, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir compléter cette fiche.

IDENTITE DU PATIENT ET DE SA CONJOINTE

PATIENT		CONJOINTE
NOM :	PRENOM :	NOM DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE :		PRENOM :
PROFESSION :		DATE DE NAISSANCE :

PRELEVEMENT

- Durée d'abstinence : _____ jours
- Date de recueil : / / _____ h _____
- Echantillon : Ejaculat complet Partiel
- Incidents lors du recueil : Non Oui

Si oui, lesquels ?

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Avez-vous déjà un (des) enfants avec votre conjointe actuelle ou d'une union antérieure ? Conjointe actuelle Non Oui Union antérieure Non Oui

Dans les 4 derniers mois, y a-t-il eu :

- Une infection : urogénitale, pulmonaire, autre (grippe, gastro, COVID) Non Oui
- Une fièvre isolée > 38°C Non Oui
- Une intervention chirurgicale: hernie inguinale, appendicite, autre ? Non Oui si oui laquelle ?
- Prenez-vous des bains très chauds, température > 38°C ? Non Oui
- Etes vous fumeur : Tabac Non Oui Nb cig/j : ----- Cannabis Non Oui

Au cours de votre vie ou dans votre enfance ?

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale des testicules ? Non Oui
- Avez-vous eu un traumatisme ou un antécédent de maladie testiculaire ? Non Oui

Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi depuis quelques mois un traitement médicamenteux : Non Oui Si oui, complétez le tableau ci-dessous

	OUI	NON	NOM DU MEDICAMENT
Antibiotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anti-inflammatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anti-hypertenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Avez-vous déjà réalisé un spermogramme ? Non Oui

Si oui, dans quel laboratoire ?