

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(Document à caractère confidentiel)

SPERMOGRAMME

Nombre de jours d'abstinence : _____

Date du recueil : __/__/__

Heure du recueil (impératif) : _____

Recueil à domicile ? Non Oui

Heure de réception au labo :

Recueil complet ? Non Oui

Autorisez vous l'indication du nom de votre conjointe sur votre compte rendu : Non Oui

Signature :

Précisez si vous avez eu dans les 3 derniers mois :

- Fièvre ? Non Oui durée :

- Infection : Grippe Bronchite Abcès dentaire Infection urinaire

Précisez si :

Médicaments : Non Oui Lesquels :

Antécédent de chimiothérapie : Non Oui Laquelle si possible :

Tabac ou cannabis : Non Oui

Maladie chronique : Non Oui Laquelle :

Exposition à la chaleur (chauffeur routier, cuisinier, moto, vélo....) : Non Oui

Antécédent de cryptorchidie (testicules non descendus) : Non Oui

Contrôle post-vasectomie : Non Oui Date de la vasectomie : __ __

Saisie HXL faite par : _____	Vérifiée par : _____	Scan OK <input type="checkbox"/>
------------------------------	----------------------	----------------------------------

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(Document à caractère confidentiel)

SPERMOGRAMME

Nombre de jours d'abstinence : _____

Date du recueil : __/__/__

Heure du recueil (impératif) : _____

Recueil à domicile ? Non Oui

Heure de réception au labo :

Recueil complet ? Non Oui

Autorisez vous l'indication du nom de votre conjointe sur votre compte rendu : Non Oui

Signature :

Précisez si vous avez eu dans les 3 derniers mois :

- Fièvre ? Non Oui durée :

- Infection : Grippe Bronchite Abcès dentaire Infection urinaire

Précisez si :

Médicaments : Non Oui Lesquels :

Antécédent de chimiothérapie : Non Oui Laquelle si possible :

Tabac ou cannabis : Non Oui

Maladie chronique : Non Oui Laquelle :

Exposition à la chaleur (chauffeur routier, cuisinier, moto, vélo....) : Non Oui

Antécédent de cryptorchidie (testicules non descendus) : Non Oui

Contrôle post-vasectomie : Non Oui Date de la vasectomie : __ __

Saisie HXL faite par : _____	Vérifiée par : _____	Scan OK <input type="checkbox"/>
------------------------------	----------------------	----------------------------------