FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
SPERMOGRAMME_(Document à caractère confidentiel)

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

Nom prénom patient:.....
N° de demande patient :

Bilan PMA :Nom Prénom conjointe (si autorisation) : .....

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 : _ _ _
Contraception masculine : ☐Non ☐Oui Laquelle : .....

Saisie HXL faite par :_ _ _ _	Vérifiée par :_ _ _ _	Scan OK ☐

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
SPERMOGRAMME_(Document à caractère confidentiel)

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

Nom prénom patient:.....
N° de demande patient :

Bilan PMA : Nom Prénom conjointe (si autorisation) : .....

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 : _ _ _
Contraception masculine : ☐Non ☐Oui Laquelle : .....

Saisie HXL faite par :_ _ _ _	Vérifiée par :_ _ _ _	Scan OK ☐

Processus Périanalytique- Ref : 797_2 Date application 16/02/2026 1/1