

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(Document à caractère confidentiel)  $\underline{SPERMOGRAMME}$ 

Nombre de jours d'abstinence :	· '		
Date du recueil : / /	patient:		
Heure du recueil (impératif) :	N° de demande patie	nt :	
Recueil à domicile ? □Non □Oui	Nom Prénom conjoint	Nom Prénom conjointe (si	
Heure de réception au labo :	=	autorisation) :	
Recueil complet ? □Non □Ou	ıi <sup>L</sup>		
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 □(	Dui		
Maladie chronique : □Non □C	Dui 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

(Document à caractère confidentiel)  $\underline{SPERMOGRAMME}$ 

Nombre de jours d'abstinence : Date du recueil : / / _ Heure du recueil (impératif) : Recueil à domicile ? □Non □Oui	Nom prénom patient:	nt : te (si		
Heure de réception au labo :	autorisation)			
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 $\square$ Bronchite $\square$ Abcès dentaire $\square$ Infection urinaire $\square$				
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 : V	érifiée par :	Scan OK 🗖		