

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 ☐ Abscess 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 ☐

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 ☐ Abscess 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 ☐