

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

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

Nombre de jours d'abstinence :	Nom prénom		
Date du recueil ://_ Heure du recueil (impératif) :	N° de demande patie		
Recueil à domicile ? Non Oui	·		
Heure de réception au labo :	Nom Prénom conjoint autorisation):	•	
	_		
Recueil complet ? ☐Non ☐Ou	II L		
Autorisez-vous l'indication du no rendu : □Non □Oui	m de votre conjointe sur	votre compte	
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 □C	Dui Laquelle :		
Exposition à la chaleur (chauffeur routier, cuisinier, moto, vélo) : \square Non \square Oui			
Antécédent de cryptorchidie (test	icules non descendus) : \square No	on 🗆 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) **SPERMOGRAMME**

	Nom prénom		
Nombre de jours d'abstinence :			
Date du recueil : / /	N° de demande patie	nt :	
Heure du recueil (impératif) :			
Recueil à domicile ? □Non □Oui	Nom Prénom conjoin	•	
	autorisation):	•••••	
Heure de réception au labo :	_		
Recueil complet ? □Non □C	Dui		
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) : \square Non \square 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 🗖	