

Afin d'effectuer vos analyses dans les meilleures conditions,
nous vous serions reconnaissants de bien vouloir compléter cette fiche.

IDENTITE DU PATIENT ET DE SA CONJOINTE

PATIENT		CONJOINTE
NOM :	PRENOM :	NOM DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE :		PRENOM :
PROFESSION :		DATE DE NAISSANCE :

PRELEVEMENT (un seul recueil)

- Durée d'abstinence : _____ jours
- Date de recueil : / / Recueil terminé à _____ h _____
- Echantillon : ☐ Ejaculat complet ☐ Partiel (= perte)
- Incidents lors du recueil : ☐ Non ☐ Oui

Si oui, lesquels ?

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Avez-vous déjà un (des) enfants avec votre conjointe actuelle ou d'une union antérieure ? Conjointe actuelle ☐ Non ☐ Oui Union antérieure ☐ Non ☐ Oui

Dans les 3 derniers mois, y a-t-il eu :

- Une infection : urogénitale, pulmonaire, autre (grippe, gastro, COVID) ☐ Non ☐ Oui
- Une fièvre isolée > 38°C ☐ Non ☐ Oui
- Une intervention chirurgicale: hernie inguinale, appendicite, autre ?
☐ Non ☐ Oui si oui laquelle ?
- Prenez-vous des bains très chauds, température > 38°C ? ☐ Non ☐ Oui
- Etes vous fumeur : Tabac : ☐ Non ☐ Oui -> Nb cig/j : ----- Cannabis ☐ Non ☐ Oui

Au cours de votre vie ou dans votre enfance ?

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale des testicules (varicocèle, hernie...) ? ☐ Non ☐ Oui
- Avez-vous eu un traumatisme génital ou un antécédent d'oreillon ? ☐ Non ☐ Oui

Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi depuis quelques mois un traitement médicamenteux : ☐ Non ☐ Oui Si oui, complétez le tableau ci-dessous

	OUI	NON	NOM DU MEDICAMENT
Antibiotique	☐	☐	
Anti-inflammatoire	☐	☐	
Chimiothérapie	☐	☐	
Anti-hypertenseur	☐	☐	

Avez-vous déjà réalisé un spermogramme ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, dans quel laboratoire ?