



EXAMEN DE SPERME : SPERMOGRAMME

Date et heure du recueil :

Responsable expédition : **Heure de départ RC :** **Heure d'arrivée PT :**

IDENTITE DU PATIENT

Etiquette Patient

n° tél. : n° tél. portable :

Prescripteur :

o Le recueil de l'éjaculat a-t-il été complet ? Oui ☐ Non ☐

Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire nécessaire à l'interprétation de vos résultats d'analyse

- o Votre poids : kg o Votre taille : cm
- o Quelle est votre profession ? :
- o Délai d'abstinence sexuelle : jours
- o Depuis combien de temps cherchez-vous à avoir un enfant ? :
- o Si vous consultez pour une autre raison, merci de l'indiquer :
- o Avez-vous des enfants ? Oui ☐ Combien ? Age(s) ? : Non ☐
-
- ☐ Etes-vous régulièrement exposés à la chaleur professionnellement ou autres (bains chauds, sauna, hammam...)
- ☐ Fumez-vous ? : tabac ☐ | nb de cigarettes/j : cannabis ☐
- ☐ Avez-vous eu des anomalies de descente des testicules ? ☐ Avez-vous une infection uro-génitale récente ?
- ☐ Avez-vous été traité pour une maladie grave par chimiothérapie ou radiothérapie ?
- ☐ Prenez-vous des :
- Diurétiques (Spironolactone, Aldactone) ☐
 - Antidépresseurs ☐ Autres médicaments psychotropes (Neuroleptiques, Lithium) ☐
 - Anti-hypertenseurs (Aldomet, BétaBloquants) ☐
 - Anti acide estomac (Tagamet, Stomedine) ☐
 - Traitement hormonal : Testostérone, Anabolisants, Estrogènes ☐
- ☐ Autres médicaments ?
- ☐ Avez-vous eu un épisode fiévreux (> 38.5°C) dans les 3 derniers mois ?



EXAMEN DE SPERME : SPERMOCULTURE

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : TEL :

- **Date et heure de recueil** :

- Délai d'abstinence sexuelle : jours

- Avez-vous effectué une toilette locale avant le prélèvement ? ☐ Oui ☐ Non

- Avez-vous uriné juste avant le prélèvement ? ☐ Oui ☐ Non

- Y a-t-il eu une partie de perdue ? ☐ Oui ☐ Non

♦ Contexte de la demande

1 -diagnostic d'une infection ou d'une inflammation génitale haute :

douleur testiculaire (orchite) ☐

douleur à l'épididyme (« cordon » qui retient le testicule) ☐

douleur au niveau du bas ventre, du périnée ou dans le rectum ☐

douleur à l'éjaculation ou lors de l'érection ☐

douleur au niveau des ganglions (au niveau de l'aîne notamment) ☐

2 -diagnostic d'une IST : ☐

3 -contrôle de la qualité du sperme dans le cadre :

→ de l'exploration d'une hypofertilité ☐

→ avant une insémination artificielle avec conjoint (IAC) ☐

Dans ce cas préciser le nom du conjoint (ceci n'est pas une obligation) :

(Cette information nous est demandée par le prescripteur dans le cadre du classement des comptes-rendus d'analyse)

4- autre contexte :

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ces questions
qui nous permettront une interprétation optimale de vos résultats.