

**PATIENT (\*obligatoire)**

Nom d'usage\* : .....  
 Prénom\* : .....  
 Nom de naissance\* : .....  
 Date de naissance\* : ...../...../..... Sexe\* :  M  F  
 Adresse\* : .....  
 Code postal\* : ..... Ville\* : .....  
 Mail\* : .....  
 Tél.\* : \_ \_ \_ \_ \_  
 N° sécurité sociale\* :  
 Caisse Assurance maladie : ..... Dpt : .....  
 Mutuelle : .....  
**Prise en charge** :  ALD  Invalidité  Stérilité  CMU  
 Accident de travail  
 **Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient)** :  
 CNI  Passeport  Livret de famille  Autres .....

**RECUEIL**

Date de recueil : ...../...../.....Heure : .....  
 Lieu :  Laboratoire  Domicile  
 1<sup>er</sup> Recueil :  Oui  Non  
 Recueil complet :  Oui  Non  
 Si non :  Fraction initiale  Fraction finale  
 Délai d'abstinence : ..... jours  
**Poids réceptacle (réservé au labo)** :  
 Réceptacle vide : .....g  
 Réceptacle plein : .....g  
 Volume du recueil : .....ml

**TRANSMISSION DES RÉSULTATS**

Mail : .....  
 Remis en main propre (labo)  
 Courrier postal  
**Autorisation de diffuser les résultats** aux professionnels de santé :  
 Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. **Si le patient s'oppose, cocher cette case**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Prise en charge AMP ?**  OUI  NON  
**Antécédents médicaux** :  OUI  NON  
 Diabète  Tabagisme  Azoospermie connue  Autre : .....  
**Au cours des trois derniers mois** :  
 -Présence de signes cliniques d'infection avec fièvre >39°C :  OUI  NON  
 -Traitements :  OUI  NON  
 Testostérone  Antibiotiques (si oui, lesquels : .....)  
 -Contrôle d'une spermoculture positive :  OUI  NON  
 -Prise de bains chauds :  OUI  NON  
**Antécédents chirurgicaux** :  
 -Varicocèle opérée ?  OUI  NON  
 Droite : ...../...../.....  gauche : ...../...../.....  bilatéral : ...../...../.....  
 -Opération <3 mois :  OUI  NON Si oui, laquelle : .....  
**Contraception ?**  OUI  NON  
 Anneau testiculaire  Contraception thermique  Vasectomie (date de la vasectomie : ...../...../.....)

**PATIENT (\*obligatoire)**

Nom d'usage\* : .....  
 Prénom\* : .....  
 Nom de naissance\* : .....  
 Date de naissance\* : ...../...../..... Sexe\* :  M  F  
 Adresse\* : .....  
 Code postal\* : ..... Ville\* : .....  
 Mail\* : .....  
 Tél.\* : \_ \_ \_ \_ \_  
 N° sécurité sociale\* :  
 Caisse Assurance maladie : ..... Dpt : .....  
 Mutuelle : .....  
**Prise en charge** :  ALD  Invalidité  Stérilité  CMU  
 Accident de travail  
 **Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient)** :  
 CNI  Passeport  Livret de famille  Autres .....

**RECUEIL**

Date de recueil : ...../...../.....Heure : .....  
 Lieu :  Laboratoire  Domicile  
 1<sup>er</sup> Recueil :  
 Recueil complet :  
 Si non :  Fraction initiale  Fraction finale  
 Délai d'abstinence : ..... jours  
**Poids réceptacle (réservé au labo)** :  
 Réceptacle vide : .....g  
 Réceptacle plein : .....g  
 Volume du recueil : .....ml

**TRANSMISSION DES RÉSULTATS**

Mail : .....  
 Remis en main propre (labo)  
 Courrier postal  
**Autorisation de diffuser les résultats** aux professionnels de santé :  
 Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. **Si le patient s'oppose, cocher cette case**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Prise en charge AMP ?**  OUI  NON  
**Antécédents médicaux** :  OUI  NON  
 Diabète  Tabagisme  Azoospermie connue  Autre : .....  
**Au cours des trois derniers mois** :  
 -Présence de signes cliniques d'infection avec fièvre >39°C :  OUI  NON  
 -Traitements :  OUI  NON  
 Testostérone  Antibiotiques (si oui, lesquels : .....)  
 -Contrôle d'une spermoculture positive :  OUI  NON  
 -Prise de bains chauds :  OUI  NON  
**Antécédents chirurgicaux** :  
 -Varicocèle opérée ?  OUI  NON  
 Droite : ...../...../.....  gauche : ...../...../.....  bilatéral : ...../...../.....  
 -Opération <3 mois :  OUI  NON Si oui, laquelle : .....  
**Contraception ?**  OUI  NON  
 Anneau testiculaire  Contraception thermique  Vasectomie (date de la vasectomie : ...../...../.....)

## CONDITIONS DE RECUEIL DU SPERME AU LABORATOIRE

**Impératif : délai d'abstinence sexuelle de minimum 2 jours et maximum 7 jours**

- Si besoin uriner au préalable
- Se laver les mains au savon
- Se laver le gland avec la lingette antiseptique remise par le laboratoire
- Oter le couvercle du réceptacle
- Recueillir la totalité du sperme uniquement par masturbation dans le réceptacle stérile
- Boucher soigneusement le réceptacle
- Vérifier votre identité sur le réceptacle (nom, prénom, heure du recueil)
- Prévenir la personne à l'accueil de la fin du recueil
  
- *Après échecs répétés au laboratoire et à titre exceptionnel, le recueil peut se faire à domicile sur dérogation du biologiste (non applicable pour l'insémination). Veuillez respecter les conditions suivantes :*
  - *Convenir avec le laboratoire du jour et de l'heure de réalisation du prélèvement*
  - *Apporter le prélèvement dans le réceptacle fourni par le laboratoire, enveloppé d'un épais coton pour maintenir la température entre 20 et 37°C, dans les 30 minutes qui suivent l'éjaculation.*

RAPPORTER LA FICHE COMPLÉTÉE + RÉCEPTACLE IDENTIFIÉ ET VOTRE PRESCRIPTION

## CONDITIONS DE RECUEIL DU SPERME AU LABORATOIRE

**Impératif : délai d'abstinence sexuelle de minimum 2 jours et maximum 7 jours**

- Si besoin uriner au préalable
- Se laver les mains au savon
- Se laver le gland avec la lingette antiseptique remise par le laboratoire
- Oter le couvercle du réceptacle
- Recueillir la totalité du sperme uniquement par masturbation dans le réceptacle stérile
- Boucher soigneusement le réceptacle
- Vérifier votre identité sur le réceptacle (nom, prénom, heure du recueil)
- Prévenir la personne à l'accueil de la fin du recueil
  
- *Après échecs répétés au laboratoire et à titre exceptionnel, le recueil peut se faire à domicile sur dérogation du biologiste (non applicable pour l'insémination). Veuillez respecter les conditions suivantes :*
  - *Convenir avec le laboratoire du jour et de l'heure de réalisation du prélèvement*
  - *Apporter le prélèvement dans le réceptacle fourni par le laboratoire, enveloppé d'un épais coton pour maintenir la température entre 20 et 37°C, dans les 30 minutes qui suivent l'éjaculation.*

RAPPORTER LA FICHE COMPLÉTÉE + RÉCEPTACLE IDENTIFIÉ ET VOTRE PRESCRIPTION