

Unità Operativa di Laboratorio

NORME DI PREPARAZIONE

LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA' (SPERMIOGRAMMA)

IL PAZIENTE È INVITATO AD ATTENERSI SCRUPOLOSAMENTE ALLE NORME RIPORTATE

IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL QUESTIONARIO PRELIMINARE.

SEGUIRE LA PREPARAZIONE SOTTO SPECIFICATA

Gentile paziente,

La informiamo che la **corretta modalità di preparazione e raccolta campione spermioγραμμα** è la seguente:

1. Osservare un'astinenza sessuale di minimo 2 ad un massimo di 7 giorni dall'ultima eiaculazione
2. Il campione va raccolto in sede (e non a domicilio) per intero, nell'apposito contenitore sterile provvisto di apertura sufficientemente larga. In caso di perdite del campione, segnalarlo al laboratorio
3. La raccolta va effettuata dopo un periodo di benessere fisico di almeno 90 giorni. Infezioni virali, episodi febbrili e/o l'assunzione di farmaci possono modificare temporaneamente la qualità del liquido seminale

Per ulteriori informazioni contattate il Laboratorio Analisi al numero 0331 476212

Data consegna campione...../...../.....

GENERALITÀ PAZIENTE (apporre l'etichetta identificativa)	<i>in caso di assenza di etichetta identificativa paziente compilare i dati sottostanti</i>	
	Cognome e Nome	
	Luogo e Data di nascita,...../...../.....	
Tipo e numero di documento di identità.....		

Questionario anamnestico		
Astinenza	dagiorni	
Per quale motivo effettua l'esame?	<input type="checkbox"/> I volta	
	<input type="checkbox"/> Controllo	
	<input type="checkbox"/> Altro	
Ha assunto farmaci nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si	<i>Se Si specificare quali:.....</i>
	
		<i>periodo dal/...../.....al...../...../.....</i>
Ha avuto febbre / influenza negli ultimi 15 giorni?	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si	
È fumatore?	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si	<i>Se Si specificare quante sigarette fumate al giorno:.....</i>
Sostanze tossiche nel lavoro svolto?	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si	<i>Se Si specificare quali:.....</i>
	
Ha effettuato visite andrologiche / urologiche recenti?	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si	<i>Se Si specificare per quale motivo:.....</i>
	
Ha subito traumi a livello genitale?	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si	
Ha subito interventi chirurgici a livello genitale?	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Si	
Precedenti esami eseguiti	<input type="checkbox"/> No	<i>Se SI con esito di:</i>
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NORMOSPERMIA
		<input type="checkbox"/> ASTENOSPERMIA
<input type="checkbox"/> TERATOSPERMIA		
<input type="checkbox"/> OLOGOSPERMIA		

Data raccolta/...../.....

Firma paziente

Timbro e Firma Medico

.....

.....