Nom :	Prénom :
DDN:	

ETIQUETTE	
PATIENT	

SPERMOGRAMME / SPERMOCULTURE QUESTIONNAIRE PRÉ-ANALYTIQUE

Délai d'abstinence sexuelle (dernière éjaculation) : jours		
• Avez-vous déjà eu une analyse de sperme ? [] Oui, dans notre laboratoire	[] Oui, ailleurs	[] Non
L'analyse est-elle demandée dans le cadre d'un bilan d'infertilité ?	[] Oui	[] Non
Si oui : depuis combien de temps essayez-vous d'avoir un enfant ?	103	
Si non : [] Vasectomie : Date [] Contraception hormonale [] A [] Contraception thermique : mise en place depuis [vant contraception ther] Autre :	mique
• S'il s'agit d'une infertilité est-elle : Du couple : [] primaire (pas encore d'enfant) [] secondaire (vous avez déjà des De l'homme : [] primaire (pas encore d'enfant) [] secondaire (vous avez déjà des	enfants avec votre partenaire enfants avec une partenaire	e actuelle) précédente)
Quelle est votre profession ?	,	
 Avez-vous une exposition à des toxiques ? [] Tabac /jours [] Canr [] Autres drogues [] Prod [] Autre :	uits chimiques (pesticid	[]Non les/solvants
Avez-vous une exposition régulière à la chaleur ? [] Saunas ou bains ch [] Autre :	auds réguliers	[] Non
Prenez-vous des médicaments régulièrement ? Si oui, lesquels :	[] Oui	[] Non
 Avez-vous eu de la fièvre ≥ 38°C dans les 3 derniers mois ? Avez-vous déjà été exposé à un risque viral spécifique ? [] grippe/COV [] ZIKA, date [] HTLV1, dat 	/ID <1 mois	[] Non [] Non
 Avez-vous eu une anesthésie générale dans les 3 derniers mois ? 	[] Oui	[] Non
Avez-vous eu une maladie grave (cancer) ? Si oui, traitée par : [] Chimiothérapie [] Radiothérapie [] Chirurgie [] Autre :	[] Oui Quand ?	[] Non
Avez-vous déjà eu une infection sexuellement transmissible ? Si oui, laquelle : Quand ?	[] Oui	[] Non
Avez-vous déjà eu une infection urinaire ? Quand ?	[] Oui	[] Non
Avez-vous déjà eu un traumatisme ou une opération au niveau génital? Si oui : Quand? [] Traumatisme testiculaire important : [] Torsion d'un testicule, lequel : [] Opération pour faire descendre les testicules [] Autre opération au niveau génital (varicocèle, he		[] Non
SI SPERMOCULTURE DEMANDÉE		
 Prenez-vous un antibiotique actuellement ? Si oui, spermoculture réalisée <u>sous réserve</u> de l'accord d'un <u>biologiste</u> 	[] Oui	[] Non
• Ou avez-vous pris un antibiotique récemment ? Si oui, depuis quand le traitement par antibiotique est-il terminé (délai idéal = 7 jours) ?	[]Oui jours	[] Non
Si oui, quel antibiotique :Pour quel type d'infection ?		