

DEMANDE D'EXAMEN DU SPERME**PATIENT****Conjoint****Conjointe**

Nom, Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
CP Localité :		
Téléphone :		

DONNEES CLINIQUES (conjoint)

Diagnostic :	
Traitements concomitants :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, lesquels :
Exposition à des toxiques :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, lesquels : en particulier : tabac, alcool, solvants, pesticides, drogues, ...
Maladie, infection :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, laquelle : en particulier les épisodes fiévreux durant les trois derniers mois
Infertilité:	<input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Secondaire Durée :

EXAMENS DEMANDES

<input type="radio"/> Spermogramme de base	Examens directs, concentration, mobilité, morphologie, swelling test, test de vitalité si asthénie sévère
Spermogramme complet pour : <input type="radio"/> IAC <input type="radio"/> FIVETE <input type="radio"/> ICSI	Spermogramme de base, lavage du sperme, recherche d'anticorps antispermatozoïdes (IBT direct)
<input type="radio"/> Recherche de spermatozoïdes dans l'urine	
<input type="radio"/> Bactériologie du sperme	<input type="radio"/> Culture, antibiogramme
<input type="radio"/> Bactériologie de l'urine (transmission au laboratoire de microbiologie)	<input type="radio"/> Mycoplasma urogénitaux <input type="radio"/> Chlamydiae (première urine du matin)

DEMANDEUR (timbre)

Dr :		<i>Questions et remarques</i>
Adresse :		
CP Localité :		
Téléphone :		
Fax :		
Copie des résultats au Dr :		
Date de la demande :		
Signature du médecin :		

PRELEVEMENT

LABR - Maternité du CHUV- niveau 7 - Ave Pierre-Decker, 2 Prise de rendez-vous au numéro de téléphone : 021/314.31.64 du lundi au vendredi : de 7:30 à 11:00 et de 12:30 à 15:30	Les prélèvements (sur rendez-vous) se font les matins de 7:30 à 9:30 Une abstinence est recommandée : 2-4 jours
Fax pour envoyer la demande d'examen: 021/314.31.70	