

**DEMANDE DE CONGELATION DE SPERME****PATIENT****Conjoint****Conjointe (si PMA prévue)**

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

**DONNEES CLINIQUES (conjoint)**

Diagnostic :	
Traitements concomitants :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, lesquels :

**EXAMENS DEMANDES**

Cryoconservation de : <input type="radio"/> Sperme <input type="radio"/> Biopsie testiculaire	<input type="radio"/> avant chimiothérapie <input type="radio"/> avant radiothérapie <input type="radio"/> avant traitement chirurgical <input type="radio"/> avant vasectomie <input type="radio"/> avant PMA	<input type="radio"/> autre : .....
---	--	--

**Les sérologies de HIV, HBV, HCV et de la Syphilis  
doivent obligatoirement être en possession du LABR  
pour toute cryoconservation**

**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 : 021/314.31.61 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 de 2 à 4 jours
Numéro de Fax pour envoyer la demande de congélation: 021/314.31.70	