

DEMANDE D'EXAMEN DE SPERME

L'examen de sperme se fait uniquement sur rendez-vous en téléphonant au 02/555 42 74 de 8h à 12h et de 13h à 15h30.

Veuillez-vous présenter 20 minutes avant votre rendez-vous à l'accueil de la Clinique de Fertilité (route 342) muni de cette demande et d'une pièce d'identité

Si vous n'êtes jamais venu à Erasme, veuillez d'abord vous présenter à l'accueil à l'entrée principale pour vous y inscrire.

Médecin Prescripteur <i>Cachet + signature + adresse (pour les résultats)</i>	Identification Patient
---	-------------------------------

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

<table border="1"> <tr><td>SPERMOGRAMME</td><td></td></tr> <tr><td>SPERMOCYTOGRAMME</td><td></td></tr> <tr><td>* DÉPÔT POUR CONGÉLATION</td><td>**</td></tr> <tr><td>* TEST PRÉPARATION</td><td>**</td></tr> <tr><td>PRÉPARATION IIU</td><td>**</td></tr> <tr><td> </td><td></td></tr> </table>	SPERMOGRAMME		SPERMOCYTOGRAMME		* DÉPÔT POUR CONGÉLATION	**	* TEST PRÉPARATION	**	PRÉPARATION IIU	**			<table border="1"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">BACTÉRIOLOGIE</td></tr> <tr><td>SPERMOCULTURE AÉROBIE</td><td></td></tr> <tr><td>SPERMOCULTURE ANAÉROBIE</td><td></td></tr> <tr><td>SPERMOCULTURE UREAPLASME</td><td></td></tr> <tr><td>PCR GONOCOQUE/CHLAMYDIA (SUR URINES)</td><td></td></tr> </table>	BACTÉRIOLOGIE		SPERMOCULTURE AÉROBIE		SPERMOCULTURE ANAÉROBIE		SPERMOCULTURE UREAPLASME		PCR GONOCOQUE/CHLAMYDIA (SUR URINES)	
SPERMOGRAMME																							
SPERMOCYTOGRAMME																							
* DÉPÔT POUR CONGÉLATION	**																						
* TEST PRÉPARATION	**																						
PRÉPARATION IIU	**																						
BACTÉRIOLOGIE																							
SPERMOCULTURE AÉROBIE																							
SPERMOCULTURE ANAÉROBIE																							
SPERMOCULTURE UREAPLASME																							
PCR GONOCOQUE/CHLAMYDIA (SUR URINES)																							
<table border="1"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">IMMUNOLOGIE</td></tr> <tr><td>ANTICORPS ANTISPERMATOZOÏDES (SPERME)</td><td>**</td></tr> </table>	IMMUNOLOGIE		ANTICORPS ANTISPERMATOZOÏDES (SPERME)	**	<table border="1"> <tr><td>CONTRÔLE POST-VASECTOMIE</td><td></td></tr> <tr><td>CONTRÔLE VASO-VASOSTOMIE</td><td></td></tr> <tr><td>DATE DE L'INTERVENTION...../...../.....</td><td></td></tr> </table>	CONTRÔLE POST-VASECTOMIE		CONTRÔLE VASO-VASOSTOMIE		DATE DE L'INTERVENTION...../...../.....													
IMMUNOLOGIE																							
ANTICORPS ANTISPERMATOZOÏDES (SPERME)	**																						
CONTRÔLE POST-VASECTOMIE																							
CONTRÔLE VASO-VASOSTOMIE																							
DATE DE L'INTERVENTION...../...../.....																							
<table border="1"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">AUTRES EXAMENS</td></tr> <tr><td>.....</td><td></td></tr> </table> * FACTURÉ AU PATIENT ** EXAMENS NON CUMULABLES SUR UN MÊME ÉCHANTILLON	AUTRES EXAMENS				<table border="1"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</td></tr> <tr><td colspan="2">.....</td></tr> <tr><td colspan="2">.....</td></tr> <tr><td colspan="2">.....</td></tr> <tr><td colspan="2">.....</td></tr> </table>	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES																	
AUTRES EXAMENS																							
.....																							
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES																							
.....																							
.....																							
.....																							
.....																							

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Date et heure du prélèvement : le...../...../.....àheures
Durée de l'abstinence :jours
Lors du recueil, y-a-t-il eu une partie perdue ? ☐ Non ☐ Oui le début ☐ Oui la fin
Nom de jeune fille et prénom de la partenaire :
Date de naissance de la partenaire :/...../.....

INSTRUCTIONS POUR LE RECUEIL (la valeur de l'examen en dépend) :

- Observez une abstinence (absence d'éjaculation) de 2 à 5 jours (pas davantage).
- Lavez-vous les mains.
- Faites une désinfection du gland à l'eau savonneuse.
- Faites le prélèvement par masturbation (pas de préservatif commercial, pas de coït interrompu).
- Recueillez soigneusement tout l'éjaculat.
- N'utilisez qu'un récipient prévu pour l'examen de sperme (**disponible exclusivement au Laboratoire d'Andrologie**).
- Si nécessaire, vous pouvez demander un préservatif non toxique pour le sperme à l'accueil de la Clinique de Fertilité qui vous sera facturé ultérieurement.
- Apportez le prélèvement au Laboratoire dans **l'heure** qui suit l'éjaculation en le gardant à température corporelle.

LOCAL DE RECUEIL : un local est à votre disposition à proximité du laboratoire de Procréation Médicalement Assistée, à la Clinique de Fertilité, au 2^{ème} étage de l'hôpital (route 342).

Vous pouvez également faire le prélèvement chez vous si vous pouvez être au laboratoire **en moins d'une heure**.

ADMINISTRATION : outre le petit pot, n'oubliez pas d'apporter :

- Votre pièce d'identité.
- La feuille de demande d'examen dont vous aurez complété les renseignements demandés (voir recto).
- Dans le cadre d'un bilan d'infertilité, si vous respectez les instructions pour le recueil, une autre personne peut apporter le prélèvement avec la copie de votre pièce d'identité, si vous ne pouvez pas venir vous-même.
- Dans le cadre d'un traitement d'assistance à la procréation (insémination ou fécondation in vitro), vous devez apporter vous-même le prélèvement au laboratoire.