

LABORATOIRE de BIOLOGIE MEDICALE DE LA BIBLIOTHEQUE

58 rue du Chevaleret

75013 PARIS

Tel : 01 44 24 40 40

Fax: 01 44 24 40 41

www.labodelabibliotheque.fr



Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi de 7h à 18h

Samedi de 8h à 13h

Bibliothèque François
Mitterrand

QUESTIONNAIRE EXAMEN DU SPERME

NOM.....PRENOM.....date de naissance :.....

Monsieur,

Afin de permettre l'interprétation correcte de vos résultats, nous vous demandons de bien vouloir répondre aux questions suivantes :

Combien de jours d'abstinence (sans éjaculation) aviez vous avant de faire le recueil de sperme de ce jour Jours (entre 2 et 7 jours)
A quelle heure a été fait le recueil ?h.....

Questionnaire :

Le recueil a-t-il été complet ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Le recueil a été fait il y a moins d'une heure ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous entre 2 et 7 jours d'abstinence (sans éjaculation) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà réalisé des examens de sperme ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Les résultats de ces examens : Asthénospermie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Les résultats de ces examens : Tératospermie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Les résultats de ces examens : Oligospermie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous des symptômes (douleurs ventre, brûlure, envie d'uriner fréquente, fièvre, écoulement, difficulté à uriner, difficulté à éjaculer) :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre partenaire a-t-il des symptômes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ou un traumatisme de l'appareil uro-génital	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous subi une chimiothérapie ou un traitement potentiellement stérilisant ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Êtes vous exposé à la chaleur dans le cadre de votre profession ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu des maladies ou infections de l'appareil uro-génital ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous des enfants ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cet examen est demandé dans le cadre d'un bilan de fertilité ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu de la température durant ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
avez-vous pris des antibiotiques il y a moins d'une semaine (contrôle après traitement) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non