

Date :/...../.....

Ces notions seront prises en compte pour l'interprétation et la validation biologique des résultats (Norme ISO 15189)

Nom **Date de naissance**/...../..... **Votre conjointe**
Prénom **Nom**
Téléphone **Prénom**
E-mail

Contexte clinique :

S'agit-il du 1er spermogramme que vous réalisez ? OUI / NON : Si non, date de réalisation :/...../.....
 Lieu de réalisation :

Est-il réalisé dans le cadre d'un désir d'enfant ?

- OUI Depuis combien de temps essayez-vous avec votre partenaire ?
- NON Motif de la prescription : Contrôle post-vasectomie Date de la vasectomie :/...../.....
- Contrôle de la fertilité sans désir d'enfant
- Recherche d'une infection

Renseignements cliniques :

Nombre de jours depuis le dernier rapport sexuel ou la dernière éjaculation : jours
 Quelle est votre profession ?

Antécédents:

Avez-vous été à l'origine d'une grossesse (enfant, fausse couche, grossesse extra-utérine, interruption de grossesse) :
 - avec votre partenaire actuelle NON / OUI
 - avec une autre partenaire NON / OUI

Exposition environnementale et professionnelle :

Êtes-vous exposé de façon régulière à un ou plusieurs de ces facteurs : NON / OUI, si oui lesquels ?
 Tabac Cannabis Drogues Alcool Produit chimique Pesticides Peintures Radiations ionisantes Chaleur Anabolisants

Antécédents médicaux pouvant impacter la fertilité :

Dans l'enfance, les testicules étaient-ils bien descendus dans les bourses ? OUI / NON (Cryptorchidie)
 Avez-vous, ou avez-vous eu une des pathologies suivantes : NON / OUI, si oui lesquelles ?
 Hypertension Diabète Cirrhose Mucoviscidose Tuberculose Infection urogénitale Oreillons Varicocèle
 Cryptorchidie (testicule(s) non ou mal descendu(s) dans les bourses) Maladie inflammatoire chronique Cancer testiculaire
 Traumatisme testiculaire Autres cancers Chimiothérapie Torsion testiculaire Hypogonadisme (déficit en testostérone)
 Radiothérapie Hernie inguinale Dilatation des bronches Sinusites chroniques

Antécédents de chirurgie urogénitale :

Avez-vous subi une des interventions chirurgicales suivantes : NON / OUI, si oui lesquelles ?
 Hydrocèle (inflammation des bourses) Varicocèle (varice du cordon spermatique) Biopsie testiculaire Phimos (étroitesse du prépuce) Orchidectomie Vasectomie Vaso-vasostomie (chirurgie réparatrice de la vasectomie) Hernie inguinale Orchidopexie (traitement de la cryptorchidie) Chirurgie déférents

Traitement/ fièvre :

Dans les 3 derniers mois avez-vous eu un épisode de fièvre supérieure à 38°C ? NON / OUI
 Prenez-vous actuellement des médicaments ou dans les 3 mois qui précèdent ? NON / OUI Si oui, lesquels :

Merci d'avoir rempli ce questionnaire

Partie réservée au laboratoire (sites BIO 2000 / Carré médical)
 Heure arrivée : Installé par :
 Heure départ : Perte oui non

Partie réservée au laboratoire (site St Roch)
 Scan Conforme (secrétariat) Oui Non
 Bio dérogation :