



## SPERMIOGRAMME : DEMANDE D'EXAMEN

### PATIENT

|                     | Conjoint | Conjointe |
|---------------------|----------|-----------|
| Nom, Prénom :       |          |           |
| Date de naissance : |          |           |
| Adresse :           |          |           |
| CP Localité :       |          |           |
| Téléphone :         |          |           |

### DONNEES CLINIQUES (conjoint)

TTT PREVU (couple) :  Investigations  RSD  IAC  FIV  ICSI

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Diagnostic :                |  |
| Traitements concomitants :  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lesquels :   |
| Exposition à des toxiques : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lesquels :<br><i>en particulier tabac, alcool, solvant, pesticide, drogue, ...</i>   |
| Maladie, infection :        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle :<br><i>en particulier épisodes fébriles durant les trois derniers mois</i> |
| Stérilité :                 | <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire Durée :  |

### CONDITIONS DE PRELEVEMENT

|               |   |
|---------------|---|
| Rendez-vous : | <i>Laboratoire de Biologie de la Reproduction, Rue de la Vigie 5, 1003 Lausanne</i><br>Tél. : +41-21.343.51.60 (de 10:00 à 12:00)<br><b><i>Ou Laboratoire FERTAS, Rue de la Vigie 5, 1003 Lausanne</i></b><br>Tél. : +41-21-321.40.26 (de 7:30 à 16:00)<br><i>Prélèvements le matin. Abstinence recommandée de 2-4 jours.</i> |
|---------------|---|

### EXAMENS DEMANDES

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SPERMIOGRAMME SIMPLE   | Examens directs, numération, mobilité quantitative, morphologie, swelling test, test de vitalité si asthénie sévère   |
| <input type="checkbox"/> LAVAGE DU SPERME<br><input type="checkbox"/> IAC <input type="checkbox"/> FIVETE <input type="checkbox"/> ICSI         | Sélection des spermatozoïdes motiles par migration ascendante ou filtration sur gradient de densité, numération et mobilité quantitative sur les échantillons natif et lavé |
| <input type="checkbox"/> ROUTINE STERILITE  | SpermioGramme simple, lavage du sperme, morphologie sur l'échantillon lavé, recherche d'anticorps antispermatozoïdes (IBT direct)   |
| <input type="checkbox"/> ROUTINE PRE-FIV/PRE-ICSI   | Routine stérilité, Spermascreeen (immunofluorescence de l'acrosine et de la tubuline)   |
| <input type="checkbox"/> TEST DE COMPATIBILITE  | Test de pénétration dans la glaire de la conjointe (MK : Miller-Kürzrock)   |
| <input type="checkbox"/> AUTRES PRELEVEMENTS  | <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Ponction épидидymaire <input type="checkbox"/> Biopsie testiculaire   |
| <input type="checkbox"/> CRYOCONSERVATION<br><input type="checkbox"/> SPERME <input type="checkbox"/> PONCTION <input type="checkbox"/> BIOPSIE | <input type="checkbox"/> Congélation avant traitement oncologique<br><input type="checkbox"/> Congélation avant traitement de PMA (réserve)                                 |
| <input type="checkbox"/> BACTERIOLOGIE SPERME   | <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> AntibioGrammes <input type="checkbox"/> Mycoplasma <input type="checkbox"/> Ureaplasma                            |
| <input type="checkbox"/> BACTERIOLOGIE URINE<br>(envoi au laboratoire de microbiologie)   | <input type="checkbox"/> Chlamydiae (première urine du matin)   |

### DEMANDEUR (Timbre)

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Demandé par le Dr :         |  |
| Adresse :                   |  |
| CP Localité :               |  |
| Téléphone :                 |  |
| Copie des résultats au Dr : |  |

### DATE DE LA DEMANDE

### SIGNATURE

Questions et remarques