Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec
Direction des services multidisciplinaires

LABORATOIRE, REQUÊTE CYTOLOGIE SPERMOGRAMME

IDENTIFICATION

CLINIQUE OU SERVICE:

MÉDECIN PRESCRIPTEUR:

Nom et prénom en lettre moulée, signature et # pratique

Copie à:

Nom et prénom en lettre moulée

Prélèvement(s): Date:_____**Heure:**_____

- ❑ **VASO-VASOSTOMIE**
- ❑ **SPERMOGRAMME COMPLET**
- ❑ **CONTRÔLE VASECTOMIE**

Important: Tout formulaire non identifié ou non signé sera refusé.

Identification du patient

Nom:

No. Dossier:

RAMQ:

Date de naissance:

Réservé à l'usage du laboratoire

Numéro de cas en cytologie
coller l'étiquette code-barre ici

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____

NOM DE LA CONJOINTE : _____

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE :

SATISFACTION DU SPÉCIMEN : _____

VOLUME : _____ml

pH : _____

VISCOSITÉ : NORMAL ANORMAL

ASPECT : LAITEUX TRANSLUCIDE BRUNÂTRE ROUGEÂTRE JAUNÂTRE

LIQUÉFACTION : OUI NON

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE

SPERMOGRAMME COMPLET

MOTILITÉ

	1	2	MOYENNE
PROGRESSIF			
NON-PROGRESSIF			
IMMOBILE			

COLORATION VITALE : _____ % vivant

(si motile < 40 %)

SPERMOCYTOGRAMME : NORMAUX : _____ % ANORMAUX : _____ %

CELLULES RONDES : _____ %

HÉMATIMÈTRE :

DILUTION 1 : 20

5			/ 2 =	_____ X 10^6/ml
25			/ 10 =	_____ X 10^6/ml

DILUTION 1 : 2

5			/ 20 =	_____ X 10^6/ml
25			/ 100 =	_____ X 10^6/ml

CONCENTRATION : _____ X 10^6/ml

NUMÉRATION : _____ X 10^6/ml

(CONCENTRATION X VOLUME)

POST-VASECTOMIE

❑ABSENCE ❑ PRÉSENCE DE _____ SPERMATOZOÏDES ❑ MOBILES ❑ IMMOBILES

CONCENTRATION ESTIMÉE : _____

(1 SPERMATOZOÏDE OBSERVÉ = 100 SPERMATO/ml = 0,0001 X 10^6 /ml)

REMARQUES :