

I
D
E
N
T
I
F
I
C
A
T
I
O
N

R
É
S
E
R
V
É

A
U

L
A
B
O
R
A
T
O
I
R
E

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: _____

SECTION OBLIGATOIRE

<input type="checkbox"/>	VASO-VASOSTOMIE	CONSERVER 37C	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	SPERMOGRAMME COMPLET	SPECIMEN ENTIER	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	CONTRÔLE VASECTOMIE	NB JOUR ABSTINENCE : _____				

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____

NOM DE LA CONJOINTE : _____

RÉSERVÉ AU LABORATOIRE :

SATISFACTION DU SPÉCIMEN : _____

VOLUME : _____ml	VISCOSITÉ : NORMAL	ANORMAL				
pH : _____	ASPECT : LAITEUX	TRANSLUCIDE	BRUNÂTRE	ROUGEÂTRE	JAUNÂTRE	
	LIQUÉFACTION : OUI	NON				

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 10⁶/ml

NUMÉRATION : _____ X 10⁶/ml

((CONCENTRATION X VOLUME)

POST-VASECTOMIE

☐ABSENCE ☐ PRÉSENCE DE _____ SPERMATOZOÏDES ☐ MOBILES ☐ IMMOBILES

CONCENTRATION ESTIMÉE : _____

(1 SPERMATOZOÏDE OBSERVÉ = 100 SPERMATO/ml = 0,0001 X 10⁶/ml)

REMARQUES :

Nom:

No. Dossier:

RAMQ:

Date de naissance:

Réservé à l'usage du laboratoire

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