

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: _____

Nom:

No. Dossier:

RAMQ:

Date de naissance:

SECTION OBLIGATOIRE

- | | | | |
|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> VASO-VASOSTOMIE | CONSERVER 37°C | OUI | 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.

Réservé à l'usage du laboratoire

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____

NOM DE LA CONJOINTE : _____

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

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 10⁶/ml
25 / 10 = _____ X 10⁶/ml

DILUTION 1 : 2

5 / 20 = _____ X 10⁶/ml
25 / 100 = _____ X 10⁶/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 :