

## ESAME LIQUIDO SEMINALE PER SPERMIOGRAMMA

### MODULO DA RIEMPIRE

**Si prega di compilare il seguente questionario e consegnarlo insieme al liquido seminale**

Cognome _____	Nome _____
Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita _____
Via _____	N° _____ Città _____
Tel. Casa ____/____	Tel ufficio ____/____ Cell _____
E-mail _____	@ _____

Ora della raccolta \_\_\_\_\_ Giorni di astinenza \_\_\_\_\_ (**minimo 3, massimo 5 gg**)

Ora di consegna del campione \_\_\_\_\_ (**max 30 minuti dalla raccolta**)

Farmaci assunti negli ultimi tre mesi \_\_\_\_\_

Parte dell'eiaculato è andata persa? No  Sì

Metodo raccolta masturbazione? Sì  No

Medico richiedente \_\_\_\_\_

Motivo della richiesta \_\_\_\_\_

Altri campioni precedenti? No  Sì

Quando? \_\_\_\_\_

**In caso di risultati significativamente discordanti è necessario esaminare un ulteriore campione.**

Eventuali informazioni supplementari:

---

---

---

---