

## 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**)

Parte dell'eiaculato è andata persa? No  Si

Metodo raccolta masturbazione? Si  No

Medico richiedente \_\_\_\_\_ Motivo della richiesta \_\_\_\_\_

Altri campioni precedenti? No  Si  Quando? \_\_\_\_\_

Ha subito interventi? \_\_\_\_\_

Farmaci assunti negli ultimi 3 mesi? \_\_\_\_\_

Febbre negli ultimi 3 mesi? \_\_\_\_\_

Vita sedentaria? \_\_\_\_\_

Ha mai avuto infezioni? \_\_\_\_\_ di che tipo \_\_\_\_\_

Ha mai fatto ricerche di mycoplasma e clamidia? \_\_\_\_\_

Ha mai fatto spermicoltura? \_\_\_\_\_

Ha difetti nella coagulazione? \_\_\_\_\_

Ha problemi di tiroide? \_\_\_\_\_

Ha famigliari stretti che hanno avuto difficoltà nel concepire? \_\_\_\_\_

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

Eventuali informazioni supplementari:

---

---

---

---