

SPERMOGRAMME

FERTILITÉ

VASOVASECTOMIE

POST-VASECTOMIE

DATE DE LA
VASECTOMIE : 20 / /

PRÉLÈVEMENT

COMPLET INCOMPLET

SPERMOGRAMME ANTÉRIEUR OUI NON

ABSTINENCE _____ JOURS

DATE DU PRÉLÈVEMENT : _____

HEURE DU PRÉLÈVEMENT : _____

HEURE D'ENVOI : _____

RÉSERVÉ AU PERSONNEL DU LABORATOIRE

COULEUR : _____ FRUCTOSE : _____

VOLUME : _____ PRÉSENCE OUI NON

pH : _____

VISCOSITÉ : _____ MOBILITÉ : _____

MOBILITÉ : A) RAPIDES _____

B) LENTS _____

C) MOBILES NON PROG. _____

D) IMMOBILES _____

VITALITÉ : _____

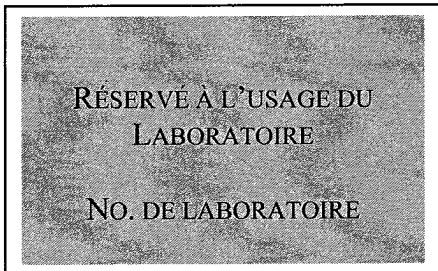
NUMÉRATION : _____

MORPHOLOGIE : _____

LEUCOCYTES : _____

HÉMATIES : _____

N° de téléphone: _____



NOM DE LA CONJOINTE : _____

DATE DE NAISSANCE DE LA CONJOINTE : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____

NOM, PRÉNOM
DU MÉDECIN : _____

N° DE PRATIQUE : _____