

## 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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
pH : _____	_____
VISCOSITÉ : _____	MOBILITÉ : _____
MOBILITÉ : A) RAPIDES _____	
B) LENTS _____	
C) MOBILES NON PROG. _____	
D) IMMOBILES _____	

VITALITÉ : \_\_\_\_\_

NUMÉRATION : \_\_\_\_\_

MORPHOLOGIE : \_\_\_\_\_

LEUCOCYTES : \_\_\_\_\_

HÉMATIES : \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ À L'USAGE DU  
LABORATOIRE

NO. DE LABORATOIRE

NOM DE LA CONJOINTE : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE DE LA CONJOINTE : \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : \_\_\_\_\_

NOM, PRÉNOM  
DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_

N° DE PRATIQUE : \_\_\_\_\_