



Fiche de renseignements pour spermogramme

	Oui	Non
Avez-vous déjà réalisé un spermogramme ici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADRESSE MAIL :		
Nom Prénom de votre conjointe :		
Nombre de jours sans éjaculation : Jours		
VOTRE PROFESSION :		
Avez-vous subi une opération des testicules ou du système génito-urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une ou des infections génitales (IST) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un/des enfant(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous fumeur et/ou vapoteur (<input type="checkbox"/> occasionnel) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaillez-vous devant une source de chaleur au niveau de la zone génitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous exposé régulièrement à des produits toxiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu de la fièvre (> 39°C) ces trois derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un anneau contraceptif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisions éventuelles (traitements, drogues, autres...) :		

Réservé au personnel technique - Ne pas remplir :

Heure de recueil : H

Recueil de la totalité de l'éjaculat dans le flacon : Oui - Non

Coller l'étiquette
SCAN FLOT
du dossier patient

✕.....

Fiche de renseignements pour spermogramme

	Oui	Non
Avez-vous déjà réalisé un spermogramme ici ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADRESSE MAIL :		
Nom Prénom de votre conjointe :		
Nombre de jours sans éjaculation : Jours		
VOTRE PROFESSION :		
Avez-vous subi une opération des testicules ou du système génito-urinaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une ou des infections génitales (IST) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu un/des enfant(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous fumeur et/ou vapoteur (<input type="checkbox"/> occasionnel) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaillez-vous devant une source de chaleur au niveau de la zone génitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous exposé régulièrement à des produits toxiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu de la fièvre (> 39°C) ces trois derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un anneau contraceptif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisions éventuelles (traitements, drogues, autres...) :		

Réservé au personnel technique - Ne pas remplir :

Heure de recueil : H

Recueil de la totalité de l'éjaculat dans le flacon : Oui - Non

Coller l'étiquette
SCAN FLOT
du dossier patient



Fiche de renseignements pour spermogramme

	Yes	No
This is your first spermogram ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAIL :		
Girlfriend name's :		
Number of days without ejaculation/sex : days		
YOUR JOB :		
Have you had an operation on testicles or the genito-urinary system ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had any genital infections (STI) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had chemotherapy or radiotherapy treatment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have child(ren) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you smoke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you work in front of a heat source in the genital area ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you regularly exposed to toxic products ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had fever (> 39°C) in the last three months ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have a contraceptive ring ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Something else :		

Réservé au personnel technique - Ne pas remplir :

Heure de recueil : H

Recueil de la totalité de l'éjaculat dans le flacon : Oui - Non

Coller l'étiquette
SCAN FLOT
du dossier patient

✕.....

Fiche de renseignements pour spermogramme

	Yes	No
This is your first spermogram ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAIL :		
Girlfriend name's :		
Number of days without ejaculation/sex : days		
YOUR JOB :		
Have you had an operation on testicles or the genito-urinary system ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had any genital infections (STI) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had chemotherapy or radiotherapy treatment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have child(ren) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you smoke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you work in front of a heat source in the genital area ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you regularly exposed to toxic products ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had fever (> 39°C) in the last three months ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have a contraceptive ring ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Something else :		

Réservé au personnel technique - Ne pas remplir :

Heure de recueil : H

Recueil de la totalité de l'éjaculat dans le flacon : Oui - Non

Coller l'étiquette
SCAN FLOT
du dossier patient