

Étiquette de requête

NOM :
PRÉNOM :
NÉ (E) LE :
RAMQ :
ADRESSE :
No CHDL :

REQUÊTE D'ANALYSE DES SPERMOGRAMMES

Prise de RDV directement sur le site Web de Clic Santé où par
téléphone au 450-752-2772 ou 1-833-991-2663

MÉDECIN :

No PERMIS :

ESTAMPE du prescripteur :

EXAMEN REQUIS :

- SPERMOGRAMME COMPLET
 Vaso-vasectomie

- CONTRÔLE POST-VASECTOMIE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Nom de la conjointe : _____

Date du rendez-vous : _____

Heure de prélèvement : _____

Heure de réception : _____

- Délais de transport > 2 heures

Nombre de contrôle(s) : _____

Nombre de jours d'abstinence : _____

- Prélèvement : Complet Incomplet
 Début du prélèvement
 Fin du prélèvement

- Non traité (coulé lors du transport)

Échantillon transporté conformément aux instructions de
transport d'échantillon : Oui Non

Interventions médicales (médicaments, chirurgies ou
traitements qui pourraient influencer les analyses :

Remarques :

**** Le jour de votre rendez-vous, vous présenter
À la réception des laboratoire du CHDL
LOCAL SB-A-31 ****

Prélèvement:

- ✓ Le prélèvement doit être fait après trois jours d'abstinence sexuelle
- ✓ Le prélèvement doit être fait entre 7 :00 et 7 :30 le matin avant votre arrivée à l'hôpital (veuillez noter l'heure du prélèvement sur la requête)
- ✓ Bien nettoyer le pénis avant le prélèvement
- ✓ Recueillir tout le sperme émis lors d'une éjaculation dans le tube de plastique. Bien refermer le tube.
- ✓ Identifier la requête et le tube avec votre Nom, prénom, numéro de dossier du CHDL ou RAMQ
- ✓ S'assurer que le nom, no de pratique et l'adresse complète de votre médecin est inscrit à votre requête

Signature cytologiste : _____

Signature pathologiste : _____