



SPERMIOGRAMMA
Scheda anamnestica

Centro Medico BIOS Srl Via Monte Pasubio 212 36010 Zanè (Vi)
Tel. 0445 314741 www.centromedicobios.com

Doc. SP_SPE

Rev.0

ESAME DEL LIQUIDO SEMINALE

**Si prega di compilare il modulo in stampatello
e in modo leggibile**

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Medico inviante:	<input type="radio"/> medico del nostro ambulatorio (Dott.) <input type="radio"/> medico generico o altro specialista
Data e orario di raccolta del campione (indicare solo se esterna all'ambulatorio)	
Orario di consegna del campione (indicare solo se esterna all'ambulatorio)	
Giorni di astinenza (indicare n° di giorni dall'ultima eiaculazione)	
Raccolta completa del campione? (sì = non è stata persa alcuna parte dell'eiaculato)	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
Esame già effettuato in precedenza presso l'ambulatorio?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
TERAPIE IN CORSO? (se sì, indicare terapie antibiotiche / antiinfiammatorie nei 3 mesi precedenti l'esame)	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
EPISODI FEBBRILI? (se sì, indicare episodi con febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ nei 3 mesi precedenti l'esame)	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì
PATOLOGIE/INTERVENTI URO-GENITALI? (se sì, indicare quali, ad es. varicocele, vasectomia)	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì

Firma del paziente