

Conditions à respecter selon les recommandations OMS :

- Recueil au laboratoire **UNIQUEMENT** (sur Rendez-vous)
- **2 à 7 jours d'abstinence - Ne pas dépasser 7 jours**

QUESTIONNAIRE PATIENT

	Monsieur	Madame
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Profession		

- Motif de consultation :
 - Désir de grossesse : Oui Non
 - Autre motif : _____
- Avez-vous déjà fait ce type d'examen ? Oui Non
 - Si oui : résultats ? _____
- Avez-vous des enfants Oui Non
 - Avec votre partenaire actuelle ? Oui Non
 - Une autre partenaire ? Oui Non
- Votre conjointe a-t-elle des antécédents de fausse couche ? Oui Non
- Dans l'enfance les testicules étaient-ils bien descendus dans les bourses ? Oui Non
- Avez-vous eu :
 - Des infections uro-génitales ? Oui Non
 - Des traumatismes testiculaires ? Oui Non
- Vous a-t-on opéré :
 - D'une hernie inguinale ? Oui Non
 - Des voies génitales ? Oui Non
- Avez-vous eu :
 - Une hydrocèle (eau dans les bourses) ? Oui Non
 - Une varicocèle (varice au niveau des bourses) ? Oui Non
 - Si oui : avez-vous été opéré ? Oui Non
- Etes-vous suivi pour une maladie chronique ? Oui Non
- Avez-vous eu de la fièvre dans les 3 derniers mois ? Oui Non
- Prenez-vous des médicaments ? Oui Non
- Etes- vous exposé régulièrement à la chaleur ? Oui Non
- Etes- vous exposé régulièrement à des produits chimiques ? Oui Non
- Etes-vous fumeur ? Oui Non