



Ospedale
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

QUESTIONARIO ANAMNESTICO SPERMIOGRAMMA

Data _____

COGNOME _____ NOME _____

ETÀ _____ GIORNI DI ASTINENZA SESSUALE _____

PROFESSIONE _____ RESIDENZA _____

<p>È la prima volta che si sottopone a questo accertamento?</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Se no, quanti altri accertamenti ha eseguito e quando?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ha avuto figli?</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Motivo dell'analisi:</p> <p>Studio fertilità(*) <input type="checkbox"/></p> <p>Val.prechirurgica <input type="checkbox"/></p> <p>Val.postchirurgica <input type="checkbox"/></p> <p>Val.terapeutica <input type="checkbox"/></p> <p>Altro_____ <input type="checkbox"/></p> <p><i>*In caso di richiesta di fertilità è consigliabile rivolgersi a Centri di Riferimento.</i></p>
<p>Assume farmaci? SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Che tipo di farmaci?</p> <p>Antinfiammatori <input type="checkbox"/></p> <p>Antibiotici <input type="checkbox"/></p> <p>Antiparassitari <input type="checkbox"/></p> <p>Antifungini <input type="checkbox"/></p> <p>Cortisonici <input type="checkbox"/></p> <p>Diuretici <input type="checkbox"/></p> <p>Antidepressivi <input type="checkbox"/></p> <p>Antipertensivi <input type="checkbox"/></p> <p>Antiaritmici <input type="checkbox"/></p> <p>Altro <input type="checkbox"/></p> <p>Nome Commerciale</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Soffre o ha sofferto di:</p> <p>Parotite(Età____) <input type="checkbox"/></p> <p>Tifo <input type="checkbox"/></p> <p>Epatopatie <input type="checkbox"/></p> <p>Diabete <input type="checkbox"/></p> <p>Ipertensione <input type="checkbox"/></p> <p>Patologia prostatica <input type="checkbox"/></p> <p>Varicocele <input type="checkbox"/></p> <p>Infezioni genito urinarie <input type="checkbox"/></p> <p>Febbre(ultimi 6 mesi) <input type="checkbox"/></p> <p>Altro_____ <input type="checkbox"/></p>	<p>RISERVATO AL LABORATORIO</p> <p>Il paziente dichiara di fare uso di:</p> <p>Alcol <input type="checkbox"/></p> <p>Tabacco <input type="checkbox"/></p> <p>Droghe <input type="checkbox"/></p> <p>Si è sottoposto a ciclo di sedute di magnetorepia in data</p> <p>____/____/____/</p>
	<p>RACCOLTA EIACULATO</p> <p><input type="checkbox"/> Completa</p> <p><input type="checkbox"/> Parziale</p>	<p>NOTE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

IL MEDICO _____