



Ospedale  
di Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Cremona

## QUESTIONNAIRE ANAMNÉSTIQUE SPERMOGRAMME

Date \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ÂGE \_\_\_\_\_ N. DE JOURS D'ABSTINENCE SEXUELLE \_\_\_\_\_

PROFESSION \_\_\_\_\_ ADRESSE \_\_\_\_\_

<p>Est-ce la première fois que vous vous soumettez à cet examen ?</p> <p>OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si non, combien d'autres examens avez-vous réalisés et à quelles dates ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Avez-vous des enfants ?</p> <p>OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Motifs de l'analyse :</p> <p>Étude de la fertilité (*) <input type="checkbox"/></p> <p>Évaluation pré-chirurgicale <input type="checkbox"/></p> <p>Évaluation post-chirurgicale <input type="checkbox"/></p> <p>Évaluation thérapeutique <input type="checkbox"/></p> <p>Autre _____ <input type="checkbox"/></p> <p><b>*En cas de demande liée à la fertilité, il est conseillé de s'adresser à des Centres de Référence.</b></p>
<p>Prenez-vous des médicaments : OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Quel type de médicaments ?</p> <p>Anti-inflammatoires <input type="checkbox"/></p> <p>Antibiotiques <input type="checkbox"/></p> <p>Antiparasitaires <input type="checkbox"/></p> <p>Antifongiques <input type="checkbox"/></p> <p>Corticoïdes <input type="checkbox"/></p> <p>Diurétiques <input type="checkbox"/></p> <p>Antidépresseurs <input type="checkbox"/></p> <p>Antihypertenseurs <input type="checkbox"/></p> <p>Antiarythmiques <input type="checkbox"/></p> <p>Autre <input type="checkbox"/></p> <p>Nom commercial</p> <p>_____</p>	<p>Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :</p> <p>Oreillons (âge__) <input type="checkbox"/></p> <p>Typhus <input type="checkbox"/></p> <p>Maladies hépatiques <input type="checkbox"/></p> <p>Diabète <input type="checkbox"/></p> <p>Hypertension artérielle <input type="checkbox"/></p> <p>Pathologie de la prostate <input type="checkbox"/></p> <p>Varicocèle <input type="checkbox"/></p> <p>Infections génito-urinaires <input type="checkbox"/></p> <p>Fièvre (au cours des 6 derniers mois) <input type="checkbox"/></p> <p>Autre _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>RÉSERVÉ AU LABORATOIRE</b></p> <p>Le patient déclare faire usage de / avoir des antécédents de :</p> <p>Alcool <input type="checkbox"/></p> <p>Tabac <input type="checkbox"/></p> <p>Drogues <input type="checkbox"/></p> <p><b>Avez-vous suivi un cycle de séances de magnétothérapie ?</b></p> <p>____/____/____</p>
	<p><b>RECUEIL DE SPERME</b></p> <p><input type="checkbox"/> Complet</p> <p><input type="checkbox"/> Partiel</p>	<p><b>NOTES</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

LE MÉDECIN \_\_\_\_\_