

Fiche de demande
- Test de fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes -

« Cytogénétique »

PATIENT (Champ obligatoire)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

MEDECIN PRESCRIPTEUR/ LABORATOIRE CORRESPONDANT

Médecin prescripteur / laboratoire correspondant:

Téléphone :

.....
.....

Email :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

CADRE CLINIQUE

- ☐ Infertilité masculine inexplicée.
- ☐ Varicocèle clinique (grade C).
- ☐ Fausses couches à répétition.
- ☐ Fausses couches à répétition après une ICSI.
- ☐ Avant insémination intra-utérine ou après échec.
- ☐ Avant fécondation in vitro (FIV) ou après échec.
- ☐ Autre :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRELEVEMENT DE SPERME

Concentration : 10⁶/ml

Vitalité %

Nombre d'échantillons congelés :

Date de congélation : / /

Date d'envoi : / /