

Data/...../.....

Il sottoscritto..... codice coppia:

Nato a: il:/...../.....

Medico inviante:

Dichiara in data odierna di aver raccolto alle ore un campione del proprio liquido seminale presso:

 propria abitazione clinica Valle Giulia

per il seguente trattamento :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> spermiogramma | <input type="checkbox"/> auto-anticorpi antispermatozoi nel plasma seminale (MAR test) |
| <input type="checkbox"/> spermiogramma computerizzato | <input type="checkbox"/> Test di frammentazione del DNA (Tunel test) |
| <input type="checkbox"/> test di separazione nemaspermica | <input type="checkbox"/> FISH sugli spermatozoi |
| <input type="checkbox"/> spermio coltura + ABG | |

 crioconservazione del liquido seminale

-
- back up pre-trattamento PMA
-
-
- back up pre-operatorio (varicocele, chemioterapia..)

 inseminazione intrauterina

 fecondazione assistita **FIVET/ICSI**

e di averlo consegnato al dott. (Astinenza: giorni).

Firma del paziente:

Firma del sanitario: