

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 :

**esame del liquido seminale**

spermogramma

spermogramma computerizzato

test di separazione nemaspermica

spermio coltura + ABG

auto-anticorpi antispermatozoi nel plasma seminale (MAR test)

Test di frammentazione del DNA (Tunel test)

FISH sugli spermatozoi

---

**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: .....

Doc \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Allegare copia del documento di identità

Firma del sanitario: .....