

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

Medico inviante:.....

Il sottoscritto..... codice coppia: .....

Nato a: .....

il: ...../...../.....

Doc \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

NB. Allegare copia del documento di identità

Dichiara sotto la propria responsabilità che il campione di liquido seminale consegnato in data odierna è stato prodotto dal medesimo:

- Ora di raccolta: .....
- Giorni di astinenza: .....
- Ha perso parte del campione?  NO  SI ( prima frazione  seconda frazione)
- Farmaci assunti negli ultimi tre mesi: .....

presso:

- Propria abitazione
- clinica Valle Giulia

per il seguente trattamento :

- Esame del liquido seminale**
  - Spermioγραμμα
  - Test vitalità
  - Test di separazione nemaspermica
  - Spermio-coltura + ABG (germi comuni e miceti)
  - Per ricerca:
    - Ureoplasma
    - Mycoplasma
    - Clamidia su tampone uretrale
    - HPV
  - Auto-anticorpi antispermatozoi nel plasma seminale (MAR test)
  - Test di frammentazione del DNA (Tunel test)
- 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. .... alle ore .....

**Firma del paziente:** .....

**Firma del sanitario:** .....