

ISTRUZIONI RACCOLTA LIQUIDO SEMINALE

Si consiglia un periodo di astinenza dai rapporti e/o eiaculazioni da un minimo di 2 ad un massimo di 5 giorni. E' preferibile non eseguire l'esame se nel mese precedente sono stati assunti antibiotici o si sono avuti episodi febbrili (>38°C).

La raccolta deve essere effettuata in un contenitore sterile per urine fornito gratuitamente dal nostro laboratorio o acquistabile in farmacia.

Lavare accuratamente le mani ed i genitali prima di eseguire la raccolta esclusivamente per masturbazione. Qualora venisse persa una frazione durante la raccolta segnalarlo nell'apposito spazio sottostante, dove esplicitamente richiesto. Chiudere accuratamente il contenitore, e mantenerlo in posizione verticale, applicare l'etichetta con il proprio nominativo, la data di nascita e il codice identificativo (fornito dal Centro al momento dell'accettazione).

Se il campione è stato raccolto all'esterno del Centro, consegnare il campione entro un'ora dalla raccolta e durante il trasporto proteggere il campione dagli sbalzi di temperatura (temperatura fisiologica del campione 35°C- 37°C).

La mancata ottemperanza a tali indicazioni potrebbe compromettere la qualità del campione e rendere l'esame poco attendibile.

Riportare l'ora della raccolta nell'apposito spazio presente in questo modulo e consegnare il campione al personale di reparto (per esami diagnostici) o al personale di laboratorio (per le tecniche di I e II livello).

DATI PERSONALI (compilare in stampatello)

Cognome _____ Nome _____ ID PAZIENTE _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

documento _____ numero _____

rilasciato da _____ Medico inviante _____

Giorni di astinenza _____

Ora di raccolta _____

Ha perso parte del campione? NO SI (prima frazione seconda frazione)

Farmaci assunti negli ultimi tre mesi _____

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che il liquido seminale consegnato in data odierna al Personale della Casa di Cura Nuova Villa Claudia è stato prodotto dal medesimo presso:

propria abitazione

Casa di Cura Nuova Villa Claudia

per il seguente trattamento:

spermioγραμμα spermiooltura crioconservazione del liquido seminale

inseminazione intrauterina

fecondazione assistita FIVET/ICSI

Data _____

Firma Lui _____

Firma operatore per accettazione _____

MOD-10-MPO-PMA