DOCUMENT CONFIDENTIEL
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTAT PATHOLOGIQUE DU PATIENT

eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques

Test de fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes - SCSA

LABORATOIRE TRANSMETTEUR

Nom : .....

Adresse : .....

.....

.....

CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....

Tél. : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Fax : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Contact : .....

Identification de l'hôpital ou du laboratoire

Obligatoire
Coller ici votre étiquette d'identification

☐ **URGENT** ☐ **A faxer**

PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Votre référence : .....

Date de naissance : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

N° SS : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Adresse : .....

.....

.....

CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

N° RPPS : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Nom du médecin : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....

AUTRE MÉDECIN CORRESPONDANT

Nom du médecin : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES CONCERNANT LE PRELEVEMENT DE SPERME

Concentration : ..... 10^6/ml

Vitalité : ..... %

Date d'envoi : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

Date de congélation : ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋

Nombre d'aliquots congelés (au moins 2) : ⌊_⌋⌊_⌋