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 : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Adresse : .....

.....

.....

CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

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) : ⌊_⌋⌊_⌋

ENVOI DES RESULTATS

Type et nombre d'exemplaires :

☐ **Laboratoire :** ..... *(préciser l'adresse dans le pavé LABORATOIRE)*

☐ **Patient :** ..... *(préciser l'adresse dans le pavé PATIENT)*

☐ **Médecin :** ..... *(préciser l'adresse dans le pavé MÉDECIN PRESCRIPTEUR)*

FACTURATION

☐ **Laboratoire :** ..... *(préciser l'adresse dans le pavé LABORATOIRE)*

☐ **Patient :** ..... *(préciser l'adresse dans le pavé PATIENT)*

BIOLOGISTE

André FORCE

INSTITUT RHÔNE-ALPIN

Clinique du Val D'Ouest - 69132 Ecully

Tél. : 04 72 19 31 63 - Fax : 04 72 19 31 67

R2 - Février 2021