

Dr. \_\_\_\_\_



5990 Côte-des-Neiges, Montréal (Qc), H3S 1Z5  
Tél.: 514 344-8022 Téléc. : 514 344-8024  
Courriel : [service@laboratoirescdl.com](mailto:service@laboratoirescdl.com)  
Lundi au vendredi de 8am à 8pm  
Dimanche de 9am à 3pm

## REQUÊTE POUR ANALYSE DE SPERME

**La mobilité du sperme ne sera pas effectuée si la réception de l'échantillon dépasse une heure après sa collection.**

**STAT**      Date \_\_\_\_\_ (AAAA-MMM-JJ)      Lab ID # \_\_\_\_\_  
Réservé pour CDL

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ # Ass. maladie \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ # Téléphone \_\_\_\_\_ # Dossier \_\_\_\_\_  
(AAAA-MMM-JJ)

Nom du partenaire (si applicable) \_\_\_\_\_

### INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON (À compléter par le patient)

Analyse demandée     Fertilité (SPGMF)      Méthode de collection     Coït interrompu

Post-vasectomie (SPGMPV)       Masturbation

Date de la vasectomie \_\_\_\_\_  
(AAAA-MM-JJ)

Heure de collection \_\_\_\_\_  Échantillon prélevé dans un contenant stérile (obligatoire)  
(HH : MM)

Heure reçu au laboratoire (à CDL) \_\_\_\_\_ Nombre de jours d'abstinence \_\_\_\_\_  
(HH : MM) (2 à 7 jours)

### PROBLÈME LORS DE LA COLLECTE (À compléter par le patient)

Échantillon incomplet       Aucun

Autre \_\_\_\_\_

### PROBLÈME LORS DU TRANSPORT (À compléter par le patient)

Exposition à des températures < 20°C et/ou > 37°C       Aucun

Autre \_\_\_\_\_

Nom du médecin      # License      Date      Signature

Signature du patient \_\_\_\_\_ Vérifié par (CDL) \_\_\_\_\_