Dossier de préadmission Spermiologie Diagnostique

*Ce dossier de préadmission est à compléter afin de permettre de vous programmer un rendez-vous pour les examens que vous devez effectuer. Pour cela, merci de vous munir de votre ordonnance.*

*Nous prendrons en charge le plus rapidement possible votre demande et, si besoin, nous vous contacterons pour convenir d’un rendez-vous correspondant au mieux à vos attentes. Lorsque votre rendez-vous sera attribué, un sms de confirmation vous sera envoyé.*

**Renseignements administratifs :**

NOM *(noté sur la carte d’identité)* : *NOM* Prénom : *Prénom*

Date de naissance : *\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_*

Adresse postale : *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Téléphone(s) : *\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_*

Mail : *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nom médecin généraliste : *Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nom médecin prescripteur : *Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Examens *(notés sur l’ordonnance, à amener le jour du rendez-vous)*:**

Spermogramme - Spermocytogramme

Test de migration et de survie *(TMS)*

Dosage des marqueurs des glandes annexes dans le liquide séminal *(Biochimie du liquide séminal)*

Recherche des anticorps anti-spermatozoïdes *(Martest)*

Spermoculture

Bilan d’infertilité *(Spermogramme – Spermocytogramme/ Test de migration et de survie)*

Jour et heure souhaités pour effectuer l’examen :

Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

Spermogramme –Spermocytogramme + autres examens **avec TMS** :

7h40  8h00  8h20  8h40  9h00

Spermogramme-Spermocytogramme + autres examens **sans TMS** :

9h20 9h40  10h00 10h20

Disponibilités téléphonique si besoin d’être contacté par le service *(du lundi au vendredi, 9h30 -16h)* :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Commentaires :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consignes :**

**Venez le jour du rendez-vous avec les documents suivants :**

- Ordonnance

- Carte d’identité ou passeport *(permis de conduire non accepté)*

- Carte de mutuelle

- Carte vitale

- Attestation CMU *(si bénéficiaire)*

**Vous devez respecter un délai de 3 à 5 jours d’abstinence *(absence de rapport sexuel)*.**

**Si un examen urinaire *(type CBU)*** est inscrit sur votre ordonnance, vous devez boire 1 litre d'eau en plus de votre habitude la veille de l’examen et garder la vessie pleine avant l’examen.

**Vous pouvez également nous contacter au 04 73 750 230 du lundi au vendredi *(sauf férié)* de 9h30 à 12h30 et par mail** [secretariat.amp.cecos@chu-clermontferrand.fr](mailto:secretariat.amp.cecos@chu-clermontferrand.fr)