CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Pour l'amour des enfants
Université de Montréal

F- 1100 # INV.: 30006259 (RÉV. 2012-09)
SPERMOGRAMME Laboratoire de pathologie

ATTENTION: Zones grises obligatoires

SPERMOGRAMME Laboratoire de pathologie

Prise de rendez-vous pour prélèvement : 514 345-4650
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931 poste 5361

Prélèvement demandé: Date _____ Heure _____ ou Heure de tournée: 7h ☐ 11h ☐ 14h ☐ 17h ☐ 20h ☐ 00h ☐

Unité de Soins/Clinique : _____

Md Requérant : _____ # Licence : _____

Prélèvement fait: Date: _____ **Heure**_____

Prélevé par: _____ ☐ Patient

Cocher obligatoirement les informations sur l'échantillon

Sperme: L'échantillon est: ☐ Complet ☐ Incomplet

A été produit: ☐ Sur place ☐ À l'extérieur

Période d'abstinence: _____ Jours

Conjointe (nom, prénom, # dossier): _____

_____

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Dossier / # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

Analyse (À l'usage du laboratoire uniquement)

Examen macroscopique de l'échantillon

Aspect : ☐ Normal ☐ Jaunâtre ☐ Rougeâtre

Vol.(Poids du contenant – pds initial (1g = 1ml)) : _____ ml
val. limite inférieure: 1,5ml

pH : _____ val. limite inférieure: pH 7,2

Liquéfaction : ☐ Normale ☐ > 60 minutes

Viscosité : ☐ Normale ☐ Anormale

Fait par : _____ Date : _____ Heure : ___ :___

Morphologie

Formes normales : _____ %

Immatures : _____ x 10^9 / L

Leucocytes : _____ x 10^9 / L

C. épithéliales : _____ x 10^9 / L

Bactéries : _____

Remarques : _____

val. limite inférieure : 4% formes normales

Fait par : _____ Date : _____ Heure : ____ :____

Méthode : ☐ Manuelle ☐ CASA

Concentration : _____ x 10^9 / L
val. limite inférieure: 15 millions/ml

Concentration motiles : _____ x 10^9 / L

Coloration vitale (si < 40% motilité) : _____ %
val. limite inférieure: 58% vivants

Motilité totale : _____ %
val. limite inférieure: 40%

Progressive : _____%
val. limite inférieure: 32%

☐ Agrégation

☐ Agglutination Grade : 1 2 3 4

Type : A B C D E

Fait par : _____ Date : _____ Heure : ____:____

Remarques:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____