



**ANTICORPS ANTI-SPERMATOZOÏDES** 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 A été produit:  Sur place  
 Incomplet  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)**

**Méthode:**  Indirect  Direct

**IgG**

Liés (Total) : \_\_\_\_\_ %

Tête : \_\_\_\_\_ %

Pièce intermédiaire : \_\_\_\_\_ %

Pièce principale : \_\_\_\_\_ %

Fait par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**IgA**

Liés (Total) : \_\_\_\_\_ %

Tête : \_\_\_\_\_ %

Pièce intermédiaire : \_\_\_\_\_ %

Pièce principale : \_\_\_\_\_ %

Fait par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Commentaires :

**Valeurs de référence** : Le test est considéré positif à partir de 20 % de spermatozoïdes liés.

En revanche, le diagnostic de l'infertilité immunologique est basé sur  $\geq$  50 % de spermatozoïdes motiles liés (Barratt et al.,1992).