Date de réception au laboratoire :			
Année	**Mois**	**Jour**	**Heure**

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES
Nom :
Prénom :
Date de Naissance :
No de dossier ou RAMQ : ou étiquette SIL

À remplir à l'aide de l'usager :

Heure du prélèvement :		
Date de la vasectomie :		
Nom du médecin :		
Nombre de jours d'abstinence :		
Lieu du prélèvement :	Domicile : ☐	Hôpital : ☐
Spécimen :	Complet : ☐	Incomplet : ☐
Particularités :	Pertes de quelques gouttes : au début : ☐ à la fin : ☐	
Signature de l'agent(e) administrative :		

À remplir au laboratoire :

Volume de l'éjaculat:	Mobilité : ASM PSM
Aspect :	Liquéfaction/viscosité :
PH :	Remarques :
Techniques utilisés	**Numération x 10^6/mL**
Par lame	
Par champs	
Sur IVOS	
Signature du technologiste	