

NOM :  
 Prénom : **Etiquette**  
 NOM de naissance :  
 Né(e) le :  
 Sexe : **Patient**  
 Numéro patient :  
 Service demandeur :

Prescripteur : \_\_\_\_\_  
 Préleveur : \_\_\_\_\_  
 Fonction : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_



## BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION - CECOS

DSEL0036025



DATE DE PRELEVEMENT       HEURE

J J / M M / A A H H / M M

Type de "cochage" IMPERATIF stylo bille

### Renseignements

Médecin demandeur : \_\_\_\_\_ Délai d'abstinence : ..... Jours  
 Médecin consultant : \_\_\_\_\_

### RECUEIL DE SPERME

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spermogramme - Spermocytogramme             | <input type="checkbox"/> FISH   |
| <input type="checkbox"/> Spermoculture                               | <input type="checkbox"/> PCR ZIKA   |
| <input type="checkbox"/> Test de migration - Survie                  | <input type="checkbox"/> Congélation en vue de conservation de spermatozoïdes |
| <input type="checkbox"/> Recherche des anticorps anti-spermatozoïdes | <input type="checkbox"/> Microscopie électronique                             |
| <input type="checkbox"/> Bleu d'Aniline                              | <input type="checkbox"/> Protocole de recherche (A préciser) : .....          |
| <input type="checkbox"/> TUNEL                                       | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser .....                              |
| <input type="checkbox"/> MSOME                                       |   |

### BIOCHIMIE SEMINALE

- Carnitine     Fructose     Zinc     Citrate

### URINES

- Recherche de spermatozoïdes     Congélation en vue de conservation de spermatozoïdes  
 Autre, à préciser .....

### PRELEVEMENTS SANGUINS

#### Tests de sécurité sanitaire

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anticorps HBs | <input type="checkbox"/> Antigène HBs           | <input type="checkbox"/> Anticorps HBc | <input type="checkbox"/> VHC           |
| <input type="checkbox"/> HIV 1/2       | <input type="checkbox"/> TPHA-VDRL              | <input type="checkbox"/> CMV (IgG)     | <input type="checkbox"/> CMV (IgM)     |
| <input type="checkbox"/> HTLV1-HTLV2   | <input type="checkbox"/> Chlamydiae trachomatis | <input type="checkbox"/> Antigène p24  | <input type="checkbox"/> ARN viral VHC |
| <input type="checkbox"/> ARN viral VHB | <input type="checkbox"/> Rubéole                | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose  | <input type="checkbox"/> ZIKA          |

#### Exploration endocrinienne

- |  |   |                                       |                                       |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FSH                     | <input type="checkbox"/> LH               | <input type="checkbox"/> TeBG         | <input type="checkbox"/> Testostérone |
| <input type="checkbox"/> 17 β Oestradiol         | <input type="checkbox"/> Inhibine B       | <input type="checkbox"/> Prolactine   | <input type="checkbox"/> AMH          |
| <input type="checkbox"/> TSH                     | <input type="checkbox"/> Δ 4 Androsténone | <input type="checkbox"/> Progestérone |                                       |
| <input type="checkbox"/> Autre, à préciser ..... |   |                                       |                                       |

#### Analyses génétiques

- Caryotype     CFTR     Microdélétions du chromosome Y     Autre, à préciser .....

#### Autres analyses

- NFS - Plaquettes     TP - TCA     Groupe sanguin ABO - Rhésus - Phénotypage  
 Recherche d'agglutinines irrégulières     Autres, à préciser .....

#### Sérum

- Conservation des tissus germinaux     Sérothèque  
 Autre, à préciser .....

BDR2 - V3 : 20/11/17  
 GEDI 19450

- Délai d'abstinence non respecté  
 Défaut d'identité

Cadre réservé au laboratoire



**LABORATOIRE DE BIOLOGIE  
DE LA REPRODUCTION - CECOS**

Pr Nathalie RIVES - Dr France VERHAEGHE - Dr Pierre DI PIZIO - Dr Benoît BERBY

Horaires de réception des prélèvements : du lundi au vendredi de 8h00 à 16h30

Secrétariat : Tél. 68225

**Pavillon DEROCQUE**

Hôpital Charles Nicolle, 1 rue de Germont  
76031 ROUEN CEDEX  
Tél. 02 32 88 82 25

DEMANDE D'ANALYSE DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

**LABORATOIRE DE BIOLOGIE  
DE LA REPRODUCTION - CECOS**

Pr Nathalie RIVES - Dr France VERHAEGHE - Dr Pierre DI PIZIO - Dr Benoît BERBY

Horaires de réception des prélèvements : du lundi au vendredi de 8h00 à 16h30

Secrétariat : Tél. 68225

**Pavillon DEROCQUE**

Hôpital Charles Nicolle, 1 rue de Germont  
76031 ROUEN CEDEX  
Tél. 02 32 88 82 25

DEMANDE D'ANALYSE DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION