

## CONDITIONS PREANALYTIQUES A RESPECTER (Source OMS 2021)

**SPERMOCULTURE** : une demande de spermoculture seule, sans spermogramme, peut être effectuée sans RDV, à domicile ou au laboratoire, dans le récipient dédié. Le récipient est à apporter dans un délai inférieur à 2 heures, à température ambiante. Pour la recherche d'IST, un 1<sup>er</sup> jet d'urines est à effectuer en plus du sperme (maximum 2cm dans le flacon, sans avoir uriné les 2h qui précèdent).

**ETUDE DE LA FERTILITE** (Spermogramme / Spermocytogramme / Test de Migration Survie TMS ou Capacitation / Vasectomie) : le prélèvement est **OBLIGATOIREMENT EFFECTUE** au **LABORATOIRE** sur RDV :

- Le jour du rendez-vous, votre dernière éjaculation devra avoir eu lieu **IMPERATIVEMENT** entre 2 et 7 jours.
- Boire abondamment la veille et le matin du prélèvement
- Éviter l'exposition aiguë à la chaleur (sauna, UV) et aux substances toxiques (tabac, toxiques, drogues, dopants ...)
- Cet examen nécessite la prise d'un rendez-vous au laboratoire :
  - **Laboratoire B2A – BRUMATH** : 03 88 52 93 10
  - **Laboratoire B2A – ERSTEIN** : 03 88 98 17 04
- Dans le 68 : contacter le Diaconat de Mulhouse

## INSTRUCTION POUR LE RECUEIL DU SPERME



- Vider la vessie
- Se laver soigneusement les mains au savon
- Bien décalotter le gland et nettoyer la verge avec la lingette désinfectante mise à disposition. **Bien laisser sécher après la désinfection**
- Ouvrir le récipient
- Après masturbation recueillir l'intégralité du sperme dans le récipient (pas de préservatif, pas de coït interrompu, pas de contact oro-génital, pas de contact entre le sperme et la lingette désinfectante)
- Refermer le récipient, le laisser dans la salle, remplir la fiche de renseignement et appuyer sur la sonnette pour signaler la fin du prélèvement. Le technicien prendra en charge le prélèvement et s'assurera qu'il n'y a pas eu de problèmes, et que le recueil est complet.

## INSTRUCTION POUR LE RECUEIL DU SPERME

Patient installé par : \_\_\_\_\_ N° lot flacon de recueil : \_\_\_\_\_

Prélèvement effectué le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h \_\_\_\_

☐ Recueil complet ☐ Recueil incomplet (fraction manquante ? : ☐ initiale ou ☐ finale)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

➤ Nom de la conjointe \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Nombre de jour(s) d'abstinence sexuelle avant le prélèvement : \_\_\_\_\_ (de 2 à 7 jours)
  - Avez-vous des enfants ? ☐ Oui ☐ Non Si oui combien : \_\_\_\_\_
  - Depuis quand désirez-vous concevoir un enfant au sein de votre couple ? \_\_\_\_\_
  - Est-ce votre premier spermogramme ? ☐ Oui ☐ Non(\*)
- (\*) Merci de nous apporter vos anciens résultats lorsqu'ils n'ont pas été réalisés dans notre laboratoire.

- Circonstances du prélèvement : ☐ Bilan de fertilité ☐ PMA  
☐ Suspicion d'infection ☐ Don de sperme

- Avez-vous été confronté à un antécédent pouvant affecter la fertilité ? Si oui suite à :
 

<input type="checkbox"/> des infections uro-génitales	<input type="checkbox"/> une torsion testiculaire
<input type="checkbox"/> des interventions chirurgicales de l'appareil urogénital	<input type="checkbox"/> une cryptorchidie
<input type="checkbox"/> une varicocèle	<input type="checkbox"/> une hernie inguinale
<input type="checkbox"/> une mucoviscidose	<input type="checkbox"/> un traumatisme testiculaire
<input type="checkbox"/> une chimiothérapie, radiothérapie	<input type="checkbox"/> un diabète
<input type="checkbox"/> un cancer testiculaire	<input type="checkbox"/> autre : _____

- Pratique intensive d'un sport ? ☐ Oui ☐ Non Si oui lequel ? \_\_\_\_
- Consommation de tabac ? ☐ Oui ☐ Non Si oui combien de cigarette(s) par jour : \_\_\_\_
- Consommation alcool ? ☐ Oui ☐ Non Si oui à quelle fréquence ? \_\_\_\_
- Consommation autres toxiques (drogue) ? ☐ Oui ☐ Non
- Exposition régulière aux fortes chaleurs (sauna, hammam, bains chauds) ? ☐ Oui ☐ Non
- Exposition à des produits toxiques / produits chimiques ? ☐ Oui ☐ Non
- Quelle est la fréquence moyenne des rapports sexuels au sein de votre couple par semaine ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous été fébrile les semaines précédentes ? ☐ Oui ☐ Non
- Prenez-vous un traitement médicamenteux ? ☐ Oui ☐ Non Si oui lequel : \_\_\_\_\_
- Profession : \_\_\_\_\_

## VASECTOMIE

- ☐ Examen avant vasectomie
- ☐ Examen après vasectomie : Intervention réalisée le (\*) \_\_\_\_\_

**(\*) Vérifier que le délai d'intervention est supérieur à 3 mois et au moins 30 éjaculations**