

## Recueil de sperme

FOR-MU-PREPO-026-v04  
Date d'application : 05/06/25  
Visa Qualité : CLFL  
Page 1/2

### 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 précédent).

**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 RECUET 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 RECUET DU SPERME

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

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

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

## Recueil de sperme

FOR-MU-PREPO-026-v04  
Date d'application : 05/06/25  
Visa Qualité : CLFL  
Page 2/2

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 :

- des infections uro-génitales  une torsion testiculaire
- des interventions chirurgicales de l'appareil urogénital  une cryptorchidie
- une varicocèle  une hernie inguinale
- une mucoviscidose  un traumatisme testiculaire
- une chimiothérapie, radiothérapie  un diabète
- un cancer testiculaire  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 fiévreux 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