

U.O. LABORATORIO CLINICO GENERALE - LCG

Responsabile: Dott.ssa Simona Francesca Grignani

DICHIARAZIONE PAZIENTE PRE-ESAME LIQUIDO SEMINALE

COGNOME E NOME.....

ETA'.....

GIORNI DI ASTINENZA.....

(Si ricorda, come comunicato al momento della prenotazione, che i giorni di astinenza devono essere minimo 3 e massimo 5, in caso contrario l'esame può essere eseguito, ma potrebbe non essere attendibile e quindi da ripetere)

MOTIVO DELL'ESAME:

- ricerca figli
- controllo varicocele
- controllo post-intervento varicocele
- infezioni
- altro

SE HA ASSUNTO QUALSIASI TIPO DI FARMACO NELL'ULTIMO MESE, SPECIFICARE:

.....
.....

(Si ricorda, come comunicato al momento della prenotazione, che in caso di assunzione di antibiotici, antinfiammatori per più giorni e cortisonici l'esame può essere eseguito, ma potrebbe non essere attendibile e quindi da ripetere)

HA AVUTO FEBBRE ALTA (SUPERIORE A 38,0°C) NELL'ULTIMO MESE?

- SI NO

(Si ricorda, come comunicato al momento della prenotazione, che in caso di febbre superiore a 38,0°C per più giorni l'esame può essere eseguito, ma potrebbe non essere attendibile e quindi da ripetere)

SI RICHIEDE DI SEGNALARE SE E' A CONOSCENZA DI ESSERE POSITIVO PER LE SEGUENTI PATOLOGIE:

- HIV HBSAG HCV HBV ALTRO

DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

In caso di **paziente minore** la presente dichiarazione deve essere compilata da un genitore e/o tutore (si allega documento identificativo)

FIRMA del genitore e/o tutore _____