



## 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