

RACCOLTA DEL LIQUIDO SEMINALE PER DIAGNOSTICA

Dati del Paziente

Nome.....Cognome.....

Data di nascita.....Luogo di nascita.....

C.F.....

Residente a.....Prov. (.....)

in via..... cap.....

Tel.....

Numero di Giorni di astinenza:

Perdita di sperma durante la raccolta:

- sì Indicare se all'inizio o alla fine della raccolta.....
 no

Assunzione di farmaci

- sì Indicare il tipo
 no

Ora esatta della raccolta: :

Luogo della raccolta:

- SS. Fisiopatologia Della Riproduzione Umana
 Casa

Motivo dell'accertamento:

data _____

firma (per esteso) _____