

## 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) \_\_\_\_\_