



Casa di Cura Le Betulle srl  
 Unità di Procreazione Assistita  
 Responsabile dr.ssa Nadia Bernocchi

# ESAMI UOMO

Paziente: \_\_\_\_\_

**ESAMI VIROLOGICI validità 3 mesi.** (Se 2°ciclo entro l'anno, validità 6 mesi)

- HBsAg (DNA in caso di positività);  HBsAb;  HBcAb.
- HCV (RNA in caso di positività) \_\_\_\_\_
- HIV
- TPHA/VDRL

DATA	DATA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**ESAMI SEMINALI**

- Spermioγραμμα
- Spermioγραμμα con test di capacitazione
- Mar-Test  Test di vitalità
- Spermio-coltura

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Crioconservazione del liquido seminale**

(che deve essere effettuata entro 90 gg dalla data degli esami infettivi)

**IN CASO DI SOGGIORNO IN AREE A RISCHIO (negli ultimi 6 mesi):**

- Virus Zika \_\_\_\_\_
- Malaria \_\_\_\_\_
- HTLV1 \_\_\_\_\_
- T.Cruzi \_\_\_\_\_
- Cardiopatia reumatica \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_

**N.B.:** Almeno di una assunzione di responsabilità scritta dei pazienti.

**ESAMI VARI (senza scadenza):**

- Gruppo sanguigno e fattore Rh \_\_\_\_\_

**PANNELLO ESAMI GENETICI :**

- CARIOTIPO, Screening Fibrosi cistica, Elettroforesi dell'emoglobina(HPLC), G6PDH(Favismo) \_\_\_\_\_
- SCREENING GENETICO MULTIPOLO DI MALATTIE EREDITARIE \_\_\_\_\_
- ALTRO: \_\_\_\_\_

**ESAMI SU RICHIESTA SPECIFICA**

- FSH, LH, TSH, Prolattina, Testosterone tot. \_\_\_\_\_
- Microdelezione del Cromosoma Y \_\_\_\_\_
- Ecografia testicolare e/o doppler vene spermatiche \_\_\_\_\_
- Su tampone uretrale e/o su campione di urine ricerca di :  
trichomonas, chlamydia, micoplasma, ureoplasma, germi comuni.

**CONSULENZE SU INDICAZIONE MEDICA**

- Genetica
- Psicologica
- Uro/andrologica

**N.B.:** Si raccomandano rapporti protetti.

- Altro \_\_\_\_\_

CONTROLLO	Data :	Firma
CONTROLLO MEDICO CURANTE	Data :	Firma