

Formulário para solicitação do teste-fragmentação DNA espermático

METODOLOGIA: () SCD () TUNEL

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo do paciente: _____ CPF: _____
Data de nascimento: _____ Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Número Telefone: _____ Endereço email: _____

INFORMAÇÃO DA CLÍNICA

Clínica: _____
Andrologista/Enfermeira de contato: _____
Médico solicitante: _____
Alterações na informação do contato: _____

Assinatura: _____

QUESTIONÁRIO PACIENTE

Data da coleta: _____ Horário do fim da coleta: _____
Local da coleta: Laboratório () Domicílio ()
Houve perda do material coletado? Sim () Não ()
Método de coleta: _____
Data da última ejaculação/relação sexual: _____
Está tomando alguma medicação? Qual (is) _____
É fumante? Sim () Não () Quantos cigarros/dia? _____
Fez uso de bebida alcoólica nas últimas 72 horas? Sim () Não ()
Teve Varicocele? _____
Febre nos últimos 2 dias? _____
Qual seu peso atual? _____ Altura: _____
Qual motivo da realização do exame? _____

Assinatura do pacientes, Declaro inteira responsabilidade pelas informações prestadas.

PARA USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO DE FIV

Concentração de espermatozoides total/mL: _____

Obs.:

*Resultado em 7 dias úteis (após confirmação do pagamento)

www.igenomix.com.br

Title: Sperm DNA Fragmentation (TUNEL)		Code/Version: BR_L_F_SAT_001_PT_V1.1		Page 1/1
Author (Name): Priscila Cristina Rodrigues; Mariane Uehara	Authorized by (Name): Marcia Riboldi	Date of issue: 18/December/2019	Date of next review: 18/December/2020	