

DEMANDE D'EXAMEN

DIAGNOSTIC	PMA (TRAITEMENT)
<p>SPERMOGRAMME</p> <p><input type="checkbox"/> SPERMOGRAMME.....748</p> <p><input type="checkbox"/> SPERMOCYTOGRAMME.....749</p> <p><input type="checkbox"/> TEST DE SURVIE</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE :</p> <p>SPERMOCULTURE</p> <p><input type="checkbox"/> EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DIRECT.....741</p> <p><input type="checkbox"/> CULTURE AEROBIE.....742</p> <p><input type="checkbox"/> ANTILOGRAMME (EFFECTUE SI UTILE)</p> <p><input type="checkbox"/> CULTURE LEVURE.....743</p> <p><input type="checkbox"/> MYCOPLASMES GENITAUX.....16155</p>	<p><input type="checkbox"/> IAC (CAPACITATION POUR INSEMINATION INTRA-UTERINE AVEC SPERME DU PATIENT)</p> <p><input type="checkbox"/> IAD (CAPACITATION POUR INSEMINATION INTRA-UTERINE AVEC SPERME D'UN DONNEUR ANONYME)</p> <p><input type="checkbox"/> FIV</p> <p><input type="checkbox"/> ICSI</p> <p><input type="checkbox"/> CONGELATION SPERME AVANT TRAITEMENT PMA</p> <p><input type="checkbox"/> CONGELATION SPERME POUR CONSERVATION</p> <p><input type="checkbox"/> CONGELATION OVOCYTES POUR CONSERVATION</p> <p><input type="checkbox"/> BIOPSIE TESTICULAIRE</p>
<p>Cachet Médecin (date) :</p>	<p>VIGNETTE MONSIEUR :</p> <p>MADAME (NOM PRENOM) :</p>

Date rendez-vous :

Heure :

CONSIGNES DE PRELEVEMENT D'UN ECHANTILLON DE SPERME :

1. Abstinence sexuelle de minimum 2 à maximum 5 jours.
2. Le centre ne possède pas de pièce adaptée pour le prélèvement, il est conseillé de réaliser l'échantillon à domicile.
3. Laver les mains et la verge au savon, rincer et sécher.
4. Recueillir le sperme par masturbation (le coït interrompu et le recueil dans un préservatif ne conviennent pas).
5. Récolter la totalité de l'éjaculat directement dans le flacon stérile reçu du médecin.
6. **Bien fermer le pot, coller une étiquette (FE-ADM-036) et y inscrire le nom, prénom, la date et heure du prélèvement.**
7. Apporter le sperme au laboratoire de PMA **dans l'heure** qui suit le prélèvement (**ET** une heure avant l'heure prévue de l'insémination ou de la fécondation in vitro).
8. Conserver le pot dans la poche intérieure d'une veste (contre le corps). EVITER LE FROID.
9. La PMA se situe au 3^{ème} étage route 116. Pour la fécondation in vitro ou insémination s'adresser au secrétariat. Pour les spermogrammes et congélations de sperme le laboratoire est la 5^{ème} porte à gauche en sortant des ascenseurs.

A prendre le jour de l'analyse :

- o La demande d'analyse + la carte d'identité.
- o Des vignettes CHR à votre nom (à prendre au guichet du rez-de-chaussée). Les vignettes peuvent être faites après le dépôt du petit pot.

Si vous ne pouvez vous rendre personnellement au laboratoire :

Une **procuration signée** doit être remise à la personne acheminant le prélèvement au laboratoire. Cette personne doit être munie de SA carte d'identité et **de VOTRE carte d'identité** pour obtenir des vignettes CHR. **Présence obligatoire de Monsieur si Congélation de sperme, fécondation in vitro ou insémination.**

Veuillez signaler tout voyage endéans les 6 mois qui précèdent le prélèvement de sperme dans un pays à risque pour le virus ZIKA, West Nile virus et le HTLV1 (voir cartes affichées dans la salle d'attente PMA)

**L'analyse de sperme est réalisée dans notre centre UNIQUEMENT SUR RENDEZ-VOUS
(Secrétariat PMA : 081/72.73.34)**

**Veuillez déposer votre prélèvement au laboratoire PMA situé au
troisième étage au niveau de la maternité.**

Si vous ne pouvez vous rendre au rendez-vous fixé, nous vous invitons à en avvertir le secrétariat le plus vite possible au risque de vous voir réclamer une indemnisation (Code national de déontologie médicale art 77)





**TRANSPORT DE GAMETES D'ORIGINE HUMAINE
(Menselijke gameten – Menschlichen Geschlechtszellen)**

Personne expéditrice	Etablissement destinataire
Nom :	Nom : Service de Procréation Médicalement Assistée Centre Hospitalier Régional
Prénom :	Adresse : Avenue Albert 1 ^{er} , 185 à 5000 Namur Personne de contact ou si problème lors du transport : Biologiste PMA Téléphone : 00 32 81 72 73 34

Date et heure de départ (distribution) : à

Conditions de transport et de stockage temporaire :

Maintenir le prélèvement chaud en le conservant dans une poche intérieur contre le corps

NE PAS IRRADIER – Niet bestralen – Nicht bestrahlen	Risques biologiques – Biologisch gevaar – Biologisches Risiko	Ne pas renverser – niet omgekeerd - nicht umkehren	FRAGILE – Voorzichtig - Zerbrechlich
			

USAGE AUTOLOGUE / ENTRE PARTENAIRE UNIQUEMENT (uitsluitend voor autoloog gebruik –
Nur für autolog Anwendung)

SI ABSENCE de Monsieur :, une **procuration signée** doit être remise à la personne acheminant le prélèvement au laboratoire. Cette personne doit être munie de SA carte d'identité et **de VOTRE carte d'identité** pour obtenir des vignettes CHR. **Présence obligatoire de Monsieur si Congélation sperme ou fécondation in vitro.**