



Data/...../.....

Il sottoscritto..... codice coppia:

Nato a: il:/...../.....

Medico inviante:

Dichiara in data odierna di aver raccolto alle ore un campione del proprio liquido seminale presso:

propria abitazione g.en.e.r.a. Umbria

per il seguente trattamento :

esame del liquido seminale

spermioγραμμα

auto-anticorpi antispermatozoi nel plasma/siero

morfometria

spermio coltura + ABG

Mar-test

test di separazione nemaspermica

test di frammentazione (tunnel test)

FISH sugli spermatozoi

crioconservazione del liquido seminale

inseminazione intrauterina

fecondazione assistita **FIVET/ICSI**

e di averlo consegnato al dott. (Astinenza: giorni).

Firma del paziente:

Documento di identità:N° (allegare fotocopia)

Firma del sanitario: