



Consentement fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes et décondensation de la chromatine

Monsieur Nom – Prénom :

Date de naissance :

Madame Nom-Prénom :

Date de naissance :

Tél domicile :

Tel portable / travail :

Je, soussigné, ai été informé par le Dr de la nature et des buts des examens qui vont être réalisés sur le prélèvement qui va m'être effectué. J'accepte que ce prélèvement soit conservé au laboratoire selon les exigences légales et que les résultats de ce bilan et toutes informations me concernant soient légalement conservés dans le respect du secret médical.

Fait à, le

Signature du patient

INDICATIONS :

Age : ans

Abstinence : Jours

Nombre de cigarettes / jour :

Métier :

Stress côté sur une échelle de 1 à 5 :

Antécédent de varicocèle : Oui Non

Bains chauds : Oui Non

Traitement au long cours : Oui Non

Fièvre > 39°C dans les 3 mois précédents : Oui Non

Opération avec anesthésie dans les 3 mois précédents : Oui Non

Antioxydants : Oui* Non

Chimiothérapie : Oui Non

Vitamine C : Oui Non

Rayons : Oui Non

Tocophérol : Oui Non

Neuroleptiques : Oui Non

Vitamine E : Oui Non

Si Oui*, lesquels :

○ 1^{ère} Union : Oui Non

○ 2^{ème} Union : Votre conjointe a-t-elle eu déjà des enfants : Oui Non

Antécédents de la conjointe : IIU Nbre : FIV Nbre :

ICSI Nbre :

Fausse(s) couche(s) Nbre :