

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ESPERMOCITOGRAMA

As informações fornecidas neste formulário são imprescindíveis para a execução do exame e correta e interpretação dos resultados. É necessário que todos os campos sejam preenchidos.

INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome: _____ CRM: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ CEP: _____
Telefone: _____ E-mail: _____
Peso: _____ Altura: _____ Abstinência: ____ dias
Local de coleta: ☐Clínica ☐Domicílio
Horário de coleta: _____
Envio do resultado: ☐E-mail ☐Médico Solicitante

QUESTIONÁRIO

Nos últimos dias, sentiu algum dos sintomas abaixo?

- ☐Dor na ejaculação ☐Alteração na cor do sêmen
☐Dor testicular ☐Alteração no odor do sêmen
☐Nenhum desses ☐Outro: _____

Qual a sua profissão? _____

É submetido a radiações, produtos tóxicos, venenos agropecuários e equipamentos ou ambientes de altas temperaturas?

☐Não ☐Sim, qual? _____

Faz o uso de substâncias?

☐Não ☐Tabaco ☐Álcool ☐Anabolizantes
☐Drogas, se sim, qual? _____

Apresentou quadro febril nos últimos 3 meses?

☐Não ☐Sim

Doenças anteriores?

☐Não ☐Ejaculação retrógrada ☐Caxumba ☐Varicocele
☐Câncer, qual? _____
☐Doenças venéreas (Gonorréia, Sífilis, Herpes, Crista de Galo, etc.)
Se sim, qual? _____

Teve o diagnóstico de COVID-19 positivo?

☐ Não ☐ Sim

Cirurgias anteriores?

☐ Não ☐ Sim, qual? _____

Faz uso de algum medicamento?

☐ Não ☐ Sim, qual? _____

Faz uso de algum tipo de suplementação alimentar (Ômega 3, vitamina D, vitamina C, Maca Peruana, etc.)?

☐ Não ☐ Sim, qual?

Possui o hábito de consumir alimentos ultraprocessados, defumados, frituras e/ou *fastfood*?

☐ Não ☐ Sim