

Sperm Analysis Requisition
Demande d'analyse de sperme
Miramichi Regional Hospital

Patient's Last Name/Nom de Famille									
First Name/Prenom									
Medicare No. Numero d'assurance maladie									
Medicare Expiry Date Date d'expiration numéro d'assurance maladie									
Birth Date De Naissance		D	J	M	M	Y	A	Sex - Sexe	
Date Collected/Date de prélèvement									
D	J	M	M	Y	A	Time/Heure		Ordering Provider/ Médecin:	Copies To:/Copies à :
<p>NOTE: Specimens MUST be labelled with patient's full name and Medicare number NOTA : Les échantillons DOIVENT être étiquetés avec le nom complet du patient et son numéro d'assurance-maladie</p>									

SEMINAL FLUID LIQUIDE SÉMINAL	
<input type="checkbox"/> INFERTILITY INFERTILITÉ	SEMFERT
<input type="checkbox"/> POST OP VASECTOMY VASECTOMIE-SOINS POSTOPÉRATOIRES	SEMVAS
Number of weeks post-op: Nombre de semaines depuis la vasectomie:	
Date of previous ejaculation: Date d'ejaculation antérieur: _____	
Was complete ejaculation collected? Tout le liquide seminal a-t-il été recueilli? <input type="checkbox"/> YES/OUI <input type="checkbox"/> NO/NON	
<p>Questions in this box must be answered by patient. Le patient doit répondre aux questions de cette section.</p>	

SEE REVERSE FOR COLLECTION INSTRUCTIONS
VOIR LES DIRECTIVES DE PRÉLÈVEMENT AU VERSO

Instructions for Sperm Analysis Collection

1. Collection of specimen must be done in the morning, by masturbation only, after 2 - 7 days abstinence.
2. **It is very important that the complete ejaculation sample be collected. Please indicate on the requisition if any portion of the sample was lost, i.e. beginning or end of sample.**
3. Use container supplied by the laboratory or by the Physician's office.
4. Please note **date and time of collection of specimen**, and also the date of the previous ejaculation. Fill out information in the appropriate spaces on this form.
5. The patient's full name and Medicare Number **must** be written on the specimen container and must match the requisition.
6. Specimen should be delivered to the 2nd floor laboratory of The Miramichi Regional Hospital **within 30 minutes** of collection. After dropping off the specimen, proceed to Admitting Department for registration.
7. Keep specimen warm by transporting it next to the body. Do not expose to heat or cold.
8. **Appointment should be made in advance by the physician.
Appointments are on Wednesdays 8 am - 12 pm**

Directives de prélèvement – Analyse de sperme

1. L'échantillon doit être prélevé le matin par masturbation seulement, après 2 – 7 jours d'abstinence.
2. **Il est très important que tout le liquide séminal soit recueilli. Veuillez indiquer sur le formulaire de demande si une partie du liquide séminal n'a pas été recueilli (p. ex., le début ou la fin du liquide éjaculé).**
3. Utilisez le contenant fourni par le laboratoire ou le bureau du médecin.
4. Veuillez prendre note **de la date et de l'heure du prélèvement de l'échantillon**, et aussi de la date d'éjaculation antérieur . Remplissez toutes les cases pertinentes du présent formulaire.
5. Le nom du patient ainsi que le numéro d'assurance-maladie **doivent** être inscrits sur le contenant de l'échantillon et doivent correspondre à ceux indiqués sur la demande.
6. L'échantillon devrait être livré au laboratoire du 2e étage de l'Hôpital régional de Miramichi dans les 30 minutes qui suivent le prélèvement. Après avoir déposé votre échantillon, rendez-vous au Service d'admission pour vous inscrire.
7. Gardez l'échantillon au chaud en le transportant près de votre corps. Ne l'exposez pas à la chaleur ou au froid.
8. **Votre médecin devrait fixer vos rendez-vous à l'avance.
Les rendez-vous sont les mercredis 8 h - 12 h.**