

INDICACIONES PARA EL ANÁLISIS

Espermograma completo

Debe **SOLICITAR TURNO** en el Laboratorio Central antes de proceder a la recolección de la muestra.

Recolección de la muestra

Debe seguir las siguientes indicaciones:

- Cumplir con una **abstinencia sexual de un MÍNIMO 3 días y un MÁXIMO 5 días.**
- Obtener la muestra únicamente por masturbación, no usar preservativos y recolectarla en un frasco estéril.

Conservación de la muestra

La muestra debe permanecer a **temperatura corporal** (ej.: en el bolsillo del pantalón) hasta su entrega. Bajo ninguna circunstancia debe refrigerarse ni dejarse bajo la luz solar directa. Evite cambios bruscos de temperatura para asegurar la validez del análisis.

Entrega de la muestra

Entregar en el Laboratorio Central -Sede Nueva Córdoba (7° piso) **DENTRO DE LA HORA DE HABER SIDO RECOLECTADA** y en el horario de su turno.

IMPORTANTE: EL NO CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES ANTERIORES ES MOTIVO DE RECHAZO DE LA MUESTRA POR POSIBLE ALTERACIÓN DE LOS RESULTADOS.

INFORMACION IMPORTANTE

No olvidar
Pedido médico, DNI,
Carnet de Obra Social

Contactos
Sede Nueva Córdoba: (0351) 5560600
Sede Cerro de las Rosas: (0351) 4269200 int. 3238/3290
laboriocentral@sanatorioallende.com



CUESTIONARIO PARA ESPERMOGRAMAS

FECHA:.....

APELLIDO Y NOMBRE: EDAD:

DNI: Nº PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:.....

Marque con un círculo según corresponda:

¿Pudo recolectar toda la muestra?	SI	NO	Hora recolección:
¿Es la primera vez que realiza un espermograma?	SI	NO	¿Cuántos días de abstinencia posee?
¿Tiene hijos?	SI	NO	¿Cuántos?..... Edad del último hijo.....

SI ESTA REALIZANDO EL ESPERMOGRAMA POR CONTROL POSTVASECTOMIA INDIQUE LA FECHA DE REALIZACION DE LA CIRUGIA ----- Y DESESTIME EL RESTO DEL CUESTIONARIO

¿Está buscando tener hijos?	SI	NO	¿Hace cuánto tiempo?.....
¿Tuvo con su pareja pérdida de embarazos?	SI	NO	¿Cuantas? ¿de cuánto tiempo de embarazo? ¿hace cuanto paso?

Antecedentes: Marque con un círculo según corresponda:

¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades en algún momento de su vida?					
Papera	SI	NO	Parotiditis (Complicación de la papera que afecta los testículos)	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Sífilis	SI	NO
Hepatitis	SI	NO	HIV	SI	NO
Varicela	SI	NO	COVID	SI	NO
HPV	SI	NO	DENGUE	SI	NO



¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades en algún momento de su vida?

Criptorquidia (es cuando los testículos no descienden y hay que intervenir quirúrgicamente)	SI	NO	¿Afectó uno o los dos testículos?.....
Varicocele (varices a nivel testicular)	SI	NO	Por ecografía, ¿le dijeron que grado es? LEVE - MODERADA - SEVERA
Hidrocele (acumulación de líquido a nivel testicular)	SI	NO	
Hernias inguinales	SI	NO	UNILATERAL - BILATERAL
Testículo en ascensor	SI	NO	
¿Sufrió algún traumatismo a nivel testicular?	SI	NO	¿Hace cuanto?..... ¿De qué tipo?.....
¿Ha tenido alguna cirugía a nivel testicular o inguinal?	SI	NO	Causa:..... ¿Hace cuanto?..... ¿Unilateral o Bilateral?.....

Ocupación:

Se encuentra expuesto a:

Altas temperaturas (horno, parrillas)	SI	NO	Solventes	SI	NO
Radiaciones	SI	NO	Insecticida	SI	NO
8 horas sentado de corrido	SI	NO			
¿Usted fuma?	SI	NO	¿Cuántos cigarrillos al día?		
¿Toma medicación de manera crónica	SI	NO	¿Cuál?..... ¿Hace cuánto?.....		
¿Anda en bicicleta?	SI	NO	¿Anda a caballo?		
¿Anda en motocicleta?	SI	NO			
¿Ha tenido fiebre más de 38°C en los últimos días?	SI	NO	¿Cuándo?.....		
¿Ha tomado antibiótico en los últimos días?	SI	NO	¿Cuándo?.....		