


| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  | LABORATÓRIO BIOANÁLISE | Código: FR.AND.006 |
| | FORMULÁRIO REGISTRO | Versão: 03 |
| | ANÁLISE SEMINAL - AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA | Página: 1 de 1 |
| Requisito 4.13 Norma DICQ 7ª edição 2019 | | Requisito PALC 8.7 Norma 2016 |

1 Este formulário foi desenvolvido pelo departamento de controle de qualidade do Bioanálise para auxiliar na avaliação dos exames de nossos pacientes. É mais um diferencial de qualidade que implementamos e que já é utilizado nos melhores laboratórios do país.
POR FAVOR, PREENCHA-O COM ATENÇÃO

Nome do cliente:

| 2 Idade | Estado civil | Profissão | Numero de filhos |
|---------|--------------|-----------|------------------|
| | | | |

3 Campos de preenchimento por funcionário do Bioanálise

| Data da coleta | Recepcionista | Nº requisição no SIL | Hora da coleta |
|----------------|---------------|----------------------|----------------|
| | | | |

| | | |
|--|---|--|
| 4 Tempo de abstinência sexual <input type="checkbox"/> 1 dia <input type="checkbox"/> 2 dias <input type="checkbox"/> 3 dias <input type="checkbox"/> 4 dias <input type="checkbox"/> 5 dias <input type="checkbox"/> 6 dias <input type="checkbox"/> Outro _____ dias Ejacula pouco <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Teve febre nos últimos três (3) meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Fez ou faz uso de algum medicamento? (por favor, não deixe de citar nenhum) | <input type="checkbox"/> Já fez cirurgia para não ter filho? Se a resposta é SIM , a quanto tempo realizou a cirurgia? Fumante Apresenta algum tipo de infecção no momento Você tem conhecimento de algum defeito de nascimento ou doença hereditária que tenha afetado você, seus pais, irmãos, irmãs ou seus filhos. | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|--|---|--|

5 Qual o motivo para a realização deste exame

- Infertilidade conjugal
 Infecção do trato genital masculino
 Controle pós vasectomia
 Outro (*citar*)

6 Procedimento que será realizado com a amostra do sêmen

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Análise seminal (espermograma) | <input type="checkbox"/> Análise seminal completa com morfologia estrita de Kruger | <input type="checkbox"/> Teste de fragmentação de DNA espermático – TECE | <input type="checkbox"/> Capacitação espermática |
|---|--|--|--|

NOTA IMPRANTE

Na análise do exame de Fragmentação de DNA Espermático possíveis resultados podem ocorrer como por exemplo resultado indeterminado, que significa dizer que o paciente tem ausência e/ou quantidade de espermatozoides inferior a 100 mil/mL.

7 Afirmo que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que as amostras coletadas foram identificadas por mim após a coleta

Assinatura do cliente ou responsável

8 Afirmo que mesmo **NÃO ESTANDO NA CONDIÇÃO IDEAL**, recomendada pelo Bioanálise, para realizar os exames que necessito, é de minha responsabilidade realizá-los.

Assinatura do cliente ou responsável