

- ☐ **BADANIE NASIENIA*** - podstawowa analiza ejakulatu (objętość, pH, lepkość, upłynnienie), ruchliwość plemników, koncentracja plemników, żywotność plemników, morfologia)
- ☐ SCD* ☐ MSOME* ☐ TEST HBA*
- ☐ POSIEW TLENOWY* ☐ POSIEW BEZTLENOWY* ☐ POSIEW MYKOLOGICZNY*
- ☐ STRES OKSYDACYJNY* ☐ Test MAR IgA* ☐ Test MAR IgG*

** proszę zaznaczyć odpowiednie*

1. Wskazany jest **3-5** dniowy okres abstynencji seksualnej.
2. Przez ten okres należy się powstrzymać od spożycia alkoholu.
3. Przed przystąpieniem do oddania nasienia należy pamiętać o zachowaniu higieny osobistej.
4. Przed oddaniem nasienia należy opróżnić pęcherz moczowy.
5. Nasienie należy oddać **bezpośrednio do sterylnego pojemnika**, który pacjent otrzymuje od personelu kliniki.
6. Jeżeli ma być wykonany **POSIEW**, przed oddaniem nasienia należy dokładnie umyć ręce i członek, ze szczególnym uwzględnieniem miejsca pod napletkiem, po czym wysuszyć ręce i członek jednorazowym, papierowym ręcznikiem. Jest to ważne ze względu na konieczność uzyskania próbki nasienia wolnej od bakterii z otoczenia. W miarę możliwości pojemnik należy otworzyć tuż przed wytryskiem, uważając, aby nie dotknąć wnętrza nakrętki i pojemnika, i bezpośrednio po oddaniu nasienia szybko go zamknąć.

Prosimy o wypełnienie poniższego formularza DRUKOWANYMI LITERAMI

imię i nazwisko:

numer PESEL** (** w przypadku braku - data urodzenia):

imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie:

ilość dni bez wytrysku: data przystąpienia do badania:

Ja, niżej podpisany oświadczam wobec Medi Partner Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-532) przy ul. Rakowieckiej 36, wpisanej do rejestru przedsiębiorców pod nr KRS: 0000415680, (dalej „**Spółka**” lub „**klinika**”), że:

1. Powyższe dane są prawdziwe oraz przekazane przeze mnie nasienie pracownikowi kliniki jest moim materiałem biologicznym.
2. Zostałem poinformowany, że przed badaniem nasienia wymagany jest okres abstynencji seksualnej od 3 do 5 dni.
3. Zostałem poinformowany, że nasienie, które zostało przebadane oraz nasienie, które nie zostało wykorzystane do badania, zostanie zniszczone.
4. Zostałem poinformowany, że: W przypadkach skrajnego i ciężkiego czynnika męskiego, z uwagi na niską liczbę występujących plemników, wynik badania obarczony jest wysokim błędem statystycznym. W związku z powyższym wskazane parametry badania mogą zostać uogólnione, a część składowych, w szczególności morfologia może zostać niewykonane. Na wyniku badania zostanie Pan poinformowany o przyczynie takiego stanu rzeczy. Powyższe, dotyczy także testów uzupełniających, takich jak HBA, MSOME, SCD i badanie stresu oksydacyjnego, w zakresie charakterystycznych dla tych testów parametrów.
5. Zgodnie z moją wiedzą **nie jestem/jestem***** nosicielem wirusa HIV/ HBV/ HCV***.
6. **Spełniam wymaganie zawarte w punkcie 2/ nie spełniam wymagania zawartego w punkcie 2 i decyduję się na wykonanie badania nasienia na własną odpowiedzialność*****

**** niewłaściwe skreślić*

data i podpis pacjenta

imię i nazwisko:

numer PESEL** (** w przypadku braku - data urodzenia):

data przystąpienia do badania:

Część uzupełniana przez pracownika kliniki

Data i godzina przekazania nasienia przez pacjenta

Pieczętka i podpis/ czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za identyfikację pacjenta

Pieczętka i podpis/ czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za przekazanie próbki do laboratorium

Pieczętka i podpis/ czytelny podpis osoby przyjmującej próbkę w laboratorium

Data i godzina przekazania próbki do laboratorium