



FORMULARZ PACJENTA

Badanie nasienia

ROZSZERZONE* PODSTAWOWE* SCD* POSIEW* MSOME* TEST HBA*

***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 sterylnej 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 – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość): _____

adres miejsca zamieszkania: _____

numer telefonu kontaktowego: _____

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 (02-677) przy ul. Cybernetyki 19, 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. Zgodnie z moją wiedzą nie jestem/jestem** nosicielem wirusa HIV/ HBV/ HCV** (**niewłaściwe skreślić).
5. 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 _____

Część uzupełniana przez pracownika kliniki

Czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za identyfikację pacjenta _____

Czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za przekazanie próbki do laboratorium _____

Czytelny podpis osoby przyjmującej próbkę w laboratorium _____

Data i godzina przekazania próbki do laboratorium _____