



## FORMULARZ PACJENTA

### Badanie nasienia

- ROZSZERZONE\*     PODSTAWOWE\*     SCD\*     MSOME\*  
 TEST HBA\*     POSIEW\*     STRES OKSYDACYJNY\*

**\*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 - 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 (02-677) 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\*\*\*.
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

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 \_\_\_\_\_