



## CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

### **ESAME DEL LIQUIDO SEMINALE: ISTRUZIONI PER LA PREPARAZIONE E LA RACCOLTA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO, MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE, DICHIARAZIONE RACCOLTA E CONSERVAZIONE, SCHEDA DI TRIAGE**



**Resp. Dott.ssa L. De Lauretis  
Resp. Biologo Dott.ssa C. Colasante**

Gentile Signore, le forniamo di seguito:

- le istruzioni per la preparazione e la raccolta presso il suo domicilio;
- il modulo per l'autocertificazione da compilare in ogni sua parte;
- dichiarazione di raccolta e conservazione;
- scheda di triage.

### **ISTRUZIONI PER LA RACCOLTA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO**

Per una corretta esecuzione e migliore standardizzazione dell'esame si raccomanda al paziente di attenersi scrupolosamente alle seguenti disposizioni:

- alla luce della recente pandemia da Coronavirus come misura per la riduzione del contagio la raccolta del liquido seminale dovrebbe essere preferibilmente effettuata presso il proprio domicilio. Il campione dovrà essere consegnato entro al massimo 60 minuti dalla raccolta (tenere in considerazione il tempo necessario per l'accettazione amministrativa). Solo nel caso in cui la propria abitazione disti a più di un'ora di tragitto dallo studio sarà possibile effettuare la raccolta in loco. Osservare un'astinenza sessuale di minimo 3, massimo 5 giorni. Provvedere ad un'accurata igiene delle mani e dei genitali prima di procedere alla raccolta. Il liquido seminale deve essere raccolto direttamente in un contenitore sterile da urinocoltura, da aprire immediatamente prima dell'uso. Il contenitore deve essere identificato con nome, cognome e data di nascita e riportare l'ora della raccolta;
- è necessario che il campione seminale venga raccolto per intero (a causa della differente composizione del liquido seminale nelle diverse parti dell'eiaculato, anche una piccola perdita può pregiudicare l'esito dell'analisi);
- la raccolta deve essere effettuata dopo un periodo di sostanziale benessere fisico: NON devono esserci stati EPISODI FEBBRILI (temperatura corporea  $>37.5^{\circ}\text{C}$ ) e NON devono essere stati assunti ANTIBIOTICI negli ultimi 60 giorni: infezioni virali o episodi febbrili possono modificare temporaneamente la qualità del liquido seminale; a tale proposito va compilata la scheda di triage per COVID-19 allegata;
- trasportare il campione seminale mantenendo il contenitore in posizione verticale, evitando di capovolgerlo sia per evitare la fuoriuscita di parte del campione, sia per provocare il minor traumatismo cellulare durante il trasporto; evitare di sottoporre il campione seminale a brusche variazioni di temperatura ( $<20^{\circ}\text{C}$ ,  $>37^{\circ}\text{C}$ ); Il campione possibilmente dovrà essere mantenuto ad una temperatura corporea tenendolo vicino al proprio corpo durante il trasporto. Non dovrà essere lasciato a temperatura ambiente per un periodo prolungato. La motilità degli spermatozoi diminuisce nel tempo quindi tempistiche e temperature sono critiche per ottenere dati accurati;
- il campione deve essere consegnato PERSONALMENTE dal diretto interessato presso il Centro all'orario concordato. Al momento della consegna del campione seminale, ricordarsi di segnalare al biologo eventuali difficoltà incontrate nella raccolta e/o l'eventuale (anche piccola) perdita iniziale o finale di liquido seminale;
- nel caso in cui si rilevi la presenza di febbre ( $>37,5^{\circ}\text{C}$ ) o altri sintomi influenzali il paziente deve rimanere al suo domicilio e informare il proprio medico di famiglia. Inoltre se il paziente ha avuto contatti stretti con casi confermati di malattia COVID-19 deve comunicarlo alle Autorità Sanitarie territorialmente. Per qualsiasi dubbio o informazione si prega di rivolgersi direttamente al nostro Centro al numero 02 2393 5353 dal lunedì al venerdì dalle ore 12:00 alle ore 14:00.



CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

**ESAME DEL LIQUIDO SEMINALE:**

ISTRUZIONI PER LA PREPARAZIONE E LA RACCOLTA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO, MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE, DICHIARAZIONE RACCOLTA E CONSERVAZIONE, SCHEDA DI TRIAGE



**AUTOCERTIFICAZIONE ALLA RACCOLTA DEL LIQUIDO SEMINALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 Dicembre 2000

**DICHIARA**

- di consegnare il seme suo medesimo;
- di aver osservato un'astinenza di.....giorni;
- di non aver contratto malattie o di non aver avuto episodi febbrili (>37.5°C) negli ultimi 2 mesi;
  - se sì quali?.....
- di non aver assunto farmaci negli ultimi 2 mesi;
  - se sì quali?.....
- di non essere affetto da malattie infettive;
  - se sì quali?     epatite B                     epatite C                     infezione HIV.
  
- Dichiaro altresì, di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui al D. Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE  
ASSISTITA

**ESAME DEL LIQUIDO SEMINALE:**  
ISTRUZIONI PER LA PREPARAZIONE E LA RACCOLTA PRESSO IL  
PROPRIO DOMICILIO, MODULO DI  
AUTOCERTIFICAZIONE, DICHIARAZIONE RACCOLTA E  
CONSERVAZIONE, SCHEDA DI TRIAGE



**DICHIARAZIONE RACCOLTA E CONSERVAZIONE**

Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**Dichiaro di consegnare un campione del mio liquido seminale**

Inoltre consapevole dell'importanza di una corretta modalità di raccolta e conservazione per l'esito attendibile dell'esame, dichiaro sotto la mia responsabilità che dal momento della raccolta del campione al momento della consegna al personale degli ambulatori sono trascorsi al massimo 60 minuti e che il campione biologico è stato da me conservato e trasportato secondo le indicazioni fornite nella presente informativa.

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma di chi effettua il riconoscimento \_\_\_\_\_

(in allegato copia del documento di identità del Paziente)



CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

**ESAME DEL LIQUIDO SEMINALE:**

ISTRUZIONI PER LA PREPARAZIONE E LA RACCOLTA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO, MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE, DICHIARAZIONE RACCOLTA E CONSERVAZIONE, SCHEDA DI TRIAGE



**AUTOCERTIFICAZIONE DELLA SINTOMATOLOGIA E DEI POSSIBILI CONTATTI A RISCHIO DI CONTAGIO PER CORONAVIRUS (SARS-COV-2 - VIRUS COVID-19)**

**SCHEDA DI TRIAGE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Ha mai avuto un Tampone positivo per Coronavirus? SI  NO

Se sì, in quale data il tampone è divenuto negativo? \_\_\_\_\_

Negli ultimi 14 giorni ha manifestato uno o più dei seguenti sintomi?

- |                           |    |                          |    |                          |                     |    |                          |    |                          |
|---------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|---------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| • Febbre >37,5°C          | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | • Dolori muscolari  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • Tosse                   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | • Dolori articolari | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • Mal di gola             | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | • Nausea            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • Mal di testa            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | • Vomito            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • Difficoltà respiratoria | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | • Diarrea           | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • Congestione nasale      | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | • Eruzioni cutanee  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • Perdita dell'olfatto    | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | • Affaticamento     | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • Perdita del gusto       | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |                     |    |                          |    |                          |

Negli ultimi 14 giorni è stato in contatto con:

CASI ACCERTATI di COVID-19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CASI SOSPETTI di COVID-19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FAMILIARI DI CASI SOSPETTI di COVID-19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Segnalo le seguenti condizioni cliniche:

---

---

Temperatura rilevata all'ingresso dell'ospedale T  °C

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.) sottoscrivo a mia responsabilità.

Firma del/della paziente

Data di compilazione

---

---