

MODULO PER SPERMIOGRAMMA

Si prega di compilare accuratamente la parte seguente che deve essere consegnata unitamente al campione:

Cognome

Nome

Data di nascita

Ora della raccolta

È andata perduta una parte di sperma?

SI

NO

Terapia farmacologia negli ultimi tre mesi?

SI

NO

Se si che tipo di farmaco/i:

LABOR DEPISAN S.r.l.

Via Vinelli 9/4 16043 Chiavari (GE) - Tel. 0185/300210

Cod.fisc. 01163870106 Part.IVA 00177710993 - Iscr. Trib. Chiavari N.3014 Reg. Soc.