

RICHIESTA ANALISI ANDROLOGICHE

LABORATORIO CENTRO CANTONALE di FERTILITÀ

Ospedale Regionale di Locarno La Carità

e-mail: laboratorio.andrologicoODL@eoc.ch

Tel: 091 811 45 45 Fax: 091 811 45 05

Cognome: _____
Nome: _____
Data di nascita: _____
Indirizzo: _____ _____
N° di telefono _____

Medico richiedente (Timbro):

Sede desiderata:

- Locarno (Osp. La Carità)
- Bellinzona (Osp. S.Giovanni)
- Lugano (Osp. Italiano)
- Mendrisio (Osp. Beata Vergine)

Inviare la richiesta via email a laboratorio.andrologicoODL@eoc.ch o per Fax 091 811 4505

Una volta ricevuto la richiesta, provvederemo a contattare direttamente il paziente per fissare la data, luogo e ora dell'analisi.

- Spermiogramma completo**
(solo sede Locarno e Lugano) pH, concentrazione, motilità, vitalità, morfologia, spermicoltura, MAR-Test(IgG).
- Spermiogramma semplice**
(solo sede Locarno e Lugano) pH, concentrazione, motilità, morfologia, MAR-Test (IgG).
- Solo Spermicoltura**
(tutte le sedi) (eseguita dal Servizio di Microbiologia EOLAB)
- Deposito dello sperma**
(solo sede Locarno) Criopreservazione di liquido seminale preventiva, prima di vasectomia o trattamenti oncologici.
- Stato dopo vasectomia**
(tutte le sedi) Accertamento assenza spermatozoi dopo vasectomia

Osservazioni: _____