



Demande d'examen de PONCTION TESTICULAIRE

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue et N°

NPA/Lieu

TÉL:

ID du patient:

Médecin demandeur

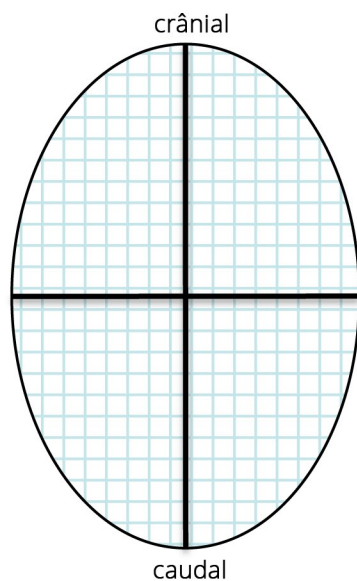
Sexe F M

Facture à adresser: Patient Caisse maladie Hôpital Autre

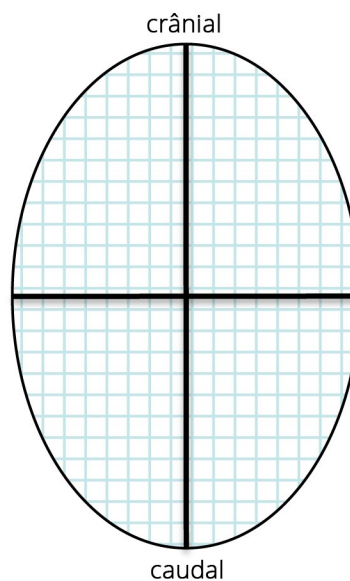
Copie(s) à:

Localisation et prélèvement

Testicule **à droite**:



Testicule **à gauche**:



Renseignements cliniques

Date du prélèvement _____

Azoospermie

normogonadotrope

hypergonadotrope

hypogonadotrope

non-obstructive

obstructive