

Formulario de solicitud Servicio de evaluación de la calidad seminal (SpermXpression®)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE LA CLÍNICA

Nombre del paciente _____ Apellidos _____
Fecha de nacimiento _____ Nº de historia clínica _____
Clínica remitora _____ Ciudad _____ País _____
Teléfono/email de contacto _____
Médico remitir _____ Nº de colegiado _____
Idioma del informe ☐ Inglés ☐ Español

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

Tipo de muestra: Muestra seminal Fecha de recogida _____ Hora _____
Concentración: _____ Motilidad: _____

TEST SOLICITADO

☐ Expresión génica ratio P1/P2 (SpermXpression®)

MOTIVO DE SOLICITUD DEL TEST

☐ Seminograma convencional alterado ☐ Otro _____
☐ Fallo de fecundación FIV
☐ Fallo de fecundación ICSI
☐ Abortos previos (1 o 2 abortos)
☐ Abortos espontáneos recurrentes (≥3 abortos)

COMENTARIOS

Para uso exclusivo de IGLS:

Nº PROC.

FECHA DE RECEPCIÓN: