

<p><b>Beställare</b> Avd/mottagning/läkare</p>	<p><b>Patient, man</b> ååååmmdd-xxxx namn, använd helst förtryckt etikett</p>
--	---

Fylls i av beställare

### Undersökningen begärd pga

- Infertilitetsutredning, ange även kvinnans födelsedatum: \_\_\_\_\_
- Sterilisering (vasektomi)

### Patientinformation inför spermaundersökning

Boka tid för inlämning av provet på tel.nr: **010-435 27 01** vardagar mellan **kl 11-12**, ange **"spermaprov"** vid tidsbokningen

Undersökningen utförs på Klinisk kemi NÄL **tisdag** och **torsdag kl. 7.30-13.00**

<p><b>Information om provtagning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du bör inte haft utlösning 3 dygn innan provtagningsdagen.</li> <li>• Utlösningen ska ske i speciellt provtagningsrör, kondom får <b>inte</b> användas.</li> <li>• Märk provet med etikett med namn och födelsedata.</li> <li>• Provet lämnas till Klinisk kemi NÄL: målpunkt F plan 3 inom 1 timma, hinner du inte lämna provet inom den tiden finns en provtagningstoalett att tillgå.</li> <li>• Provet är känsligt för kyla. Det ska förvaras intill kroppen under transporten till Klinisk kemi NÄL.</li> <li>• Medtag giltig fotolegitimation</li> </ul>
--

Lämna provet i receptionen på Klinisk Kemi, NÄL: målpunkt F, plan 3

Tidunkt för utlösning: Datum: \_\_\_\_\_ KI: \_\_\_\_\_

Provet inlämnat på klinisk kemi NÄL: Datum: \_\_\_\_\_ KI: \_\_\_\_\_

<b>Undersökningsresultat:</b>			
Sperma-Volym:	mL	Spermier-Antal:	x 10 <sup>9</sup> /L
Sperma-Viskositet:	normal / ökad	Spermier-Levande:	%
Sperma-Erythrocyter:	/ sf	Spermier-Rörliga:	%
Sperma-Leukocyter:	/ sf	Spermier-Rörl.grad:	1 / 2 / 3 / 4
Sperma-Agglutinat:	/ sf	Spermier-Atypiska:	%