

ПІБ пацієнта: _____

Код пацієнта: _____ (Заповнюється дослідною установою)

Дата і час забору зразку сперми	«_____» _____ 20__ р. _____:
Дата народження	«_____» _____ 20__ р.
Зріст (см)	
Вага (кг)	
Національність	Українець <input type="checkbox"/> / Інше _____
Днів утримання	
Чи є у Вас діти?	Так <input type="checkbox"/> , (скільки?) _____ / Ні <input type="checkbox"/>
Чи дотримуєтеся Ви дієти?	Так <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/>
Вживання алкоголю	Ніколи <input type="checkbox"/> / Іноді <input type="checkbox"/> / Часто <input type="checkbox"/> / Постійно <input type="checkbox"/>
Вживання алкоголю за останні три дні	Так <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/>
Куріння:	
Сигарети	Ніколи <input type="checkbox"/> / Іноді <input type="checkbox"/> / Часто <input type="checkbox"/> / Постійно <input type="checkbox"/>
Каннабіс	Ніколи <input type="checkbox"/> / Іноді <input type="checkbox"/> / Часто <input type="checkbox"/> / Постійно <input type="checkbox"/>
Вживання наркотичних речовин	Ніколи <input type="checkbox"/> / Іноді <input type="checkbox"/> / Часто <input type="checkbox"/> / Постійно <input type="checkbox"/>
Вживання нікотину (вейп / пластири / тощо)	Ніколи <input type="checkbox"/> / Іноді <input type="checkbox"/> / Часто <input type="checkbox"/> / Постійно <input type="checkbox"/>
Чи хворіли Ви на паротит (свинку)	Так <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/> / Не знаю <input type="checkbox"/>
Чи хворіли Ви за останні 6 місяців на респіраторні захворювання (ГРВІ тощо)?	Так <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/>
Чи мали Ви випадкові статеві зв'язки за останні 6 місяців?	Так <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/>
Чи були у Вас травми мошонки, операції на сечовому міхурі, водянка яєчка, варикоцеле?	Так <input type="checkbox"/> , (що саме?) _____ _____ _____ Ні <input type="checkbox"/>

<p>Чи працюєте Ви з небезпечними хімічними речовинами, джерелом іонізуючого випромінювання або бісфенолу А (наприклад, на виробництві чи продажу пластмас)</p>	<p>Так <input type="checkbox"/> , (з чим саме?) _____ _____ _____</p> <p>Ні <input type="checkbox"/></p>
<p>Чи є Ви ліквідатором наслідків аварії на Чорнобильській АЕС?</p>	<p>Так <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/></p>
<p>Чи відвідували Ви лазню/сауну за останні три дні?</p>	<p>Так <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/></p>
<p>Чи є у вас супутні (в тому числі онкологічні) захворювання, про які нам важливо знати?</p>	<p>Так <input type="checkbox"/> , (які саме?) _____ _____ _____</p> <p>Ні <input type="checkbox"/></p>
<p>Чи вживали ви протягом останніх 72-х годин якісь лікарські засоби?</p>	<p>Так <input type="checkbox"/> , (які саме?) _____ _____ _____</p> <p>Ні <input type="checkbox"/></p>
<p>Чи тестовані Ви на SARS-CoV-2</p>	<p>Так <input type="checkbox"/> : позитивний <input type="checkbox"/> / негативний <input type="checkbox"/> / Ні <input type="checkbox"/></p>