

**ESPERMOGRAMA COMPLETO –  
TEST DE FRAGMENTACIÓN DE ADN ESPERMÁTICO – ANTICUERPOS ANTI  
ESPERMATOZOIDES (MarTest)**

*Indicaciones para pacientes*

Esta prestación se hace con **turno** previamente acordado a través de las vías habituales. Por favor lea atentamente las indicaciones que deberá seguir para realizarse este estudio y solicitar su turno atendiendo los tiempos requeridos.

Comprar en la farmacia un frasco estéril descartable (el mismo que se usa para Orina), rotular con su nombre y apellido, día y hora de la recolección.

INDICACIONES:

1. Se aconseja tener **entre 2 y 3 días de abstinencia sexual** (NO superar los cinco días).
2. Para la recolección de la muestra puede hacerlo:
  - a. Fuera de la institución, en cuyo caso deberá remitirla al laboratorio antes de que transcurra 1 (una) hora de la eyaculación. Al llegar, NO debe hacer fila, se debe anunciar inmediatamente con la secretaria de ingreso explicándole que trae una muestra de semen.
  - b. Dentro de la institución: Si va a demorar más de una hora en llegar, puede recolectar la muestra en el laboratorio. Tenemos un baño exclusivo para tal fin, el bioquímico que lo atienda lo va a guiar.
3. La obtención de semen se debe hacer exclusivamente por masturbación, debiendo eyacular directamente en el frasco evitando derrames fuera del recipiente. No usar preservativo ni mantener relación sexual previa para la recolección.
4. No debe refrigerar la muestra si tiene que trasladarla al laboratorio, se recomienda mantenerla a temperatura corporal evitando cambios bruscos de temperatura. Tenga especial cuidado de no invertir el frasco puesto que puede derramarse el material (las tapas no son herméticas)
5. Si también tiene pedido Espermocultivo o Cultivo de Semen se le pedirá

la recolección de semen y orina, ambos materiales biológicos van en recipientes separados y nunca deben mezclarse. Si este fuera el caso pida las indicaciones específicas para este procedimiento.

**IMPORTANTE:**

- Si por alguna eventualidad perdió parte del material deberá pedir un nuevo turno, ya que no se debe analizar muestras de semen incompletas para evitar errores de interpretación de resultados.

**Contestar el siguiente cuestionario** y entregar junto con la muestra.

**NOTA:** las respuestas son confidenciales y sólo se usan con el fin de validar e interpretar los resultados.

Edad (años):	DNI:
Peso (kilogramos):	Altura (metros):
Teléfono:	
Días de abstinencia:	Hora de recolección:
¿Tiene hijos biológicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Se realizó este estudio en otra ocasión? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Tuvo fiebre en los últimos dos meses? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Tuvo COVID? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha:	
¿Es un control post vasectomía? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Fecha de la cirugía:	
¿Le diagnosticaron Varicocele? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Fue operado por Varicocele? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Fecha de la cirugía	
Marque si presenta alguna de las siguientes situaciones:	
Diabetes <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>
Paperas con complicación <input type="checkbox"/>	Descenso incompleto del testículo <input type="checkbox"/>
Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Otras:
¿Ha sufrido algún accidente de bicicleta, moto o auto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha del accidente:	
Indique la medicación que toma habitualmente	
¿Cuál es su actividad laboral?	
¿Está expuesto a algún toxico ambiental como: solventes, pinturas, agroquímicos, fuente de altas temperaturas, radiaciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Fuma tabaco? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuántos cigarrillos fuma por día?
¿Consume drogas recreativas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cuales:
¿Consume suplementos deportivos de venta libre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Sólo si respondió que SI en la pregunta anterior	¿Contienen anabólicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Es consumidor habitual de café o bebidas con cafeína? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	