

## IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Téléphone : .....

ETIQUETTE PATIENT

Roosevelt : 03.89.32.55.03

Fonderie : 03.89.36.76.90

Colmar : 03.89.21.26.57

**Fiche de suivi médical - Test de Hühner**  
DE-MU0-305-10 - Application 25.05.2023

*Réservé au laboratoire*

Vérificateur :

Reçu le .....à .....h.....

## MODALITES DE PRELEVEMENT

### QUEL EST CET EXAMEN ?

Le Test de Hühner ou test post coïtal (TPC) permet :

- d'évaluer la quantité et la qualité de la glaire cervicale (produite au niveau de col de l'utérus)
- d'analyser la présence de spermatozoïdes dans la glaire cervicale après un rapport sexuel et d'en apprécier le nombre et la mobilité.

### QUAND FAUT-IL LE REALISER ?

Le prélèvement de la glaire doit être effectué en période pré-ovulatoire (48 heures avant l'ovulation), soit pour un cycle régulier, entre le **12<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> jour du cycle**. En cas de cycle irrégulier, voir avec le médecin prescripteur le jour exact du prélèvement. L'examen doit être pratiqué au laboratoire **entre 9 et 14 heures** après le rapport sexuel. Si le col est fermé ou peu ouvert, le biologiste pourrait être amené à proposer un deuxième prélèvement 24 ou 48 h après.

### PRECONISATIONS :

**Pour le couple** : avoir un rapport sexuel vaginal la veille avant le test de Hühner. **Ne pas utiliser de lubrifiant, ni de préservatif.**

**Pour le conjoint** : respect d'un délai d'abstinence sexuelle de 2 à 8 jours avant le rapport sexuel.

**Pour la conjointe** : ne pas prendre de bain ou de toilette vaginale après le rapport jusqu'à la réalisation du test.

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

*Indispensables pour une bonne interprétation des résultats*

Patiente	Conjoint de la patiente
Date des dernières règles :	NOM, Prénom :
Jour du cycle :	Délai d'abstinence sexuel avant le rapport : ..... jour(s)
Stimulation (traitement hormonal) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Spermogramme déjà réalisé ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Si oui, préciser :	Si oui, préciser la qualité du sperme :
Cycles réguliers ? (facultatif) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Durée moyenne des cycles (facultatif) : ..... jours	
<b>Renseignement concernant le rapport sexuel</b> : Date : ...../...../..... Heure : .....H.....	