



**RICHIESTA ESAMI
IMMUNOEMATOLOGICI E
PROFILASSI CON
IMMUNOGLOBULINE ANTI Rh(D) IN
DONNE Rh(D) NEGATIVE**

MEN/M8
Rev. N° 01
21/06/2012

OSTETRICIA E GINECOLOGIA OSPEDALE DI Modica Ragusa Vittoria

Sig.ra _____ Nata il ___/___/___

abitante a _____ via _____ n. _____

Gruppo sanguigno _____ Settimana di gestazione _____

INDICAZIONI	DATA E ORA EVENTO
<input type="checkbox"/> parto (M01) (nome del bambino _____)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> IVG (M02)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> amnio/funicolo/villocentesi (M03)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> trauma addominale (M04)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> aborto spontaneo (M05)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> minaccia di aborto (M06)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> gravidanza extrauterina (M07)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> distacco intempestivo di placenta (M08)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> placenta previa (M09)	___/___/___ ore ___
<input type="checkbox"/> altro (specificare) (M10) _____	___/___/___ ore ___

Si richiede:

- Gruppo neonato e test di Coombs diretto (1 provetta in EDTA 3,5 ml di sangue funicolare)
- Test di Coombs indiretto della madre (provetta EDTA 6 ml)
- Controllo gruppo ABO Rh(D) della madre (provetta EDTA 6 ml)
- Valutazione emorragia feto materna (EFM) (provetta EDTA 3,5 ml della madre)*
- Dose standard di immunoglobuline anti Rh(D) (se necessaria)

* La valutazione dell'EFM va richiesta dopo il parto o dopo eventi a rischio di emorragia avvenuti dopo la 20^a settimana di gravidanza.

Data _____

Firma e timbro del Medico Ostetrico

Riservato al SIMT		
Gruppo neonato	Immunoprofilassi	Valutazione emorragia feto materna
<input type="checkbox"/> Rh pos <input type="checkbox"/> Rh neg	<input type="checkbox"/> necessaria <input type="checkbox"/> non necessaria	<input type="checkbox"/> necessaria <input type="checkbox"/> non necessaria
Applicare etichetta gruppo neonato	Applicare etichetta assegnazione immunoglobuline	Applicare etichetta richiesta Valutazione EFM

Firma del Medico Immunoematologo