



**CONSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE
DELL'IMMUNOPROFILASSI
CON IgG ANTI Rh (D)**

MEN/M7
Rev. 0
21/062012

Io sottoscritta _____

nata a _____ il _____

sono stata informata dal dott. _____

che devo essere sottoposta a profilassi con on immunoglobuline anti Rh (D).

Tale profilassi previene il rischio di immunizzazione attiva contro l'antigene Rh (D) e di conseguenza il rischio di malattia emolitica neonatale da anticorpi anti Rh (D) nelle future gravidanze.

Tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi, inclusa la trasmissione del virus dell'immunodeficienza, dell'epatite, ecc. Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato in ordine alle mie condizioni cliniche, ai rischi connessi alla terapia e a quelli che potrebbero derivare non sottoponendomi al trattamento.

Pertanto,

Acconsento

Non acconsento

ad essere sottoposta alla profilassi con Immunoglobuline anti Rh (D).

Note per mancato consenso _____

Data _____

Firma paziente _____

Firma e timbro del Medico Ostetrico _____