



**RICHIESTA PROFILASSI  
ANTI Rh (D) ALLA 28<sup>a</sup>  
SETTIMANA DI  
GRAVIDANZA**

**MEN/M1**  
Rev. N° 03  
21/06/2012

Da presentare al SIMT di  Modica  Ragusa  Vittoria

Si invia la Sig.ra \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ alla 28<sup>a</sup> settimana di gravidanza per eseguire test di Coombs indiretto e determinazione di Gruppo sanguigno (nel caso in cui il SIMT ne risultasse sprovvisto). In caso di negatività del gruppo Rh (D) e di assenza di anticorpi anti-D, si richiede l'effettuazione della profilassi prenatale della MEN con di Ig anti D.

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico Ostetrico \_\_\_\_\_



**SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE**

Si comunica che la Sig.ra \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_

risulta essere di Gruppo \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_ fenotipo Rh \_\_\_\_\_ Du \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ ha eseguito test di Coombs Indiretto con esito \_\_\_\_\_

Identificazione anticorpale e titolo \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ ha eseguito test di Coombs Indiretto con esito \_\_\_\_\_

Identificazione anticorpale e titolo \_\_\_\_\_

Sulla base di tali esiti in data \_\_\_\_\_  viene eseguita  non viene eseguita

immunoprofilassi con Ig anti D con \_\_\_\_\_

dose \_\_\_\_\_ N° di lotto \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Il Medico SIMT \_\_\_\_\_



Io sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ sono stata informata dal dott. \_\_\_\_\_

che devo essere sottoposta a profilassi con 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.

Quindi  acconsento  non acconsento ad essere sottoposta al trattamento terapeutico con emoderivati.

Note per mancato consenso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_