

 <p><b>ASP RAGUSA</b> Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale</p>	<p><b>RICHIESTA ESAMI IMMUNOEMATOLOGICI E PROFILASSI CON IMMUNOGLOBULINE ANTI Rh(D) IN DONNE Rh(D) NEGATIVE</b></p>	<p><b>MEN/M8</b> Rev. 02 23/04/2024</p>
---	---	---

OSTETRICIA E GINECOLOGIA OSPEDALE DI  Modica  Ragusa  Vittoria

Sig.ra \_\_\_\_\_ Nata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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<sup>a</sup> settimana di gravidanza.

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico Ostetrico

Riservato al SIMT					
<b>Gruppo neonato</b>		<b>Immunoprofilassi</b>		<b>Valutazione emorragia feto materna</b>	
<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