

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
UNITA' COMPLESSA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA**MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALL'IMMUNOPROFILASSI CON
IMMUNOGLOBULINE ANTI D**

Direttore Dr. M. Torrazzina

Io sottoscritta _____

gravida alla _____

sono stata informata dal Dott. _____

che dovrò essere sottoposta ad immunoprofilassi passiva con immunoglobuline anti Rh (antigene D), allo scopo di prevenire complicazioni nelle gravidanze successive.

Tale terapia a cui vengono sottoposte tutte le donne in eguali condizioni, utilizza emoderivati di origine umana, che pur sottoposte a tutte le verifiche diagnostiche e processi di inattivazione virale, possono presentare, sia pur in modo remoto, un rischio di trasmissione di malattie per i seguenti virus: HBV, HCV, HIV, o per altri.

Tale rischio risulta tuttavia trascurabile se confrontato alla probabilità di una grave malattia emolitica neonatale che si potrebbe verificare non sottoponendomi a profilassi.

SI ALLEGA GRUPPO

CONSENSO ALL'IMMUNOPROFILASSISI ETICHETTA
CON NUMERO
DI LOTTONO

FIRMA _____

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE _____

Si ricorda all'interessata che vi è la possibilità dopo 6 mesi dall'immunoprofilassi di eseguire, presso il Servizio Trasfusionale Ospedaliero, il Test di Coombs indiretto per valutare lo stato immunitario