

**Consenso informato somministrazione immunoglobuline anti Rh (D)**

---

Medico Dr.....

Ordine Medici della Provincia di.....n.....

Io sottoscritta.....nata a

.....prov.....il.....

dichiaro di essere informata dal Dr.....  
di poter essere nella condizione di dovermi sottoporre a profilassi con immunoglobuline anti Rh, dopo il parto con EPP (Epoca Presunta del Parto), qualora il sangue del/della bambino/a risultasse Rh positivo.

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

Tuttavia tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi, inclusa la trasmissione di alcuni virus, ad esempio l'immunodeficienza acquisita, epatite.

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 formula il proprio <sup>(1)</sup>.....

<sup>(1)</sup> scrivere "consenso" o "diniego" all'effettuazione della terapia illustrata e indicata.

Roma.....

.....  
( Firma della Signora)

.....  
( Firma del Medico)