



**A.S.L. CN2**

Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)  
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480  
e-mail: [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**S.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

Direttore Dott. A. BUDA  
Via P. Belli n. 26 - 12051 ALBA (CN)  
☎ 0173-316389  
@ [ginecologia.alba@aslcn2.it](mailto:ginecologia.alba@aslcn2.it)

**Consenso informato al trattamento con IMMUNOGLOBULINE ANTI-D per  
la prevenzione della MALATTIA EMOLITICA DEL NEONATO**

Io sottoscritta .....  
Nata a ..... il .....

Dichiaro di essere stata informata dal dott. ....  
Che il mio gruppo sanguigno .....RH NEGATIVO mi rende candidata a sottopormi ad un  
trattamento di profilassi della MALATTIA EMOLITICA DEL NEONATO mediante somministrazione  
intramuscolare di IMMUNOGLOBULINE ANTI-D (derivati biologici).  
Tale trattamento ha l'effetto di ridurre la probabilità di immunizzazione contro antigeni eritrocitari (globuli  
rossi) del neonato, che possono causare danni al neonato stesso in questa gravidanza o in gravidanze  
future.  
Il trattamento con derivati biologici non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione  
dell'immunodeficienza, dell'epatite, etc).

Sono stata informata ed ho compreso quanto mi è stato spiegato in ordine a:

- le mie condizioni cliniche,
- i vantaggi connessi al trattamento,
- i rischi connessi al trattamento,
- le conseguenze che potrebbero derivare non sottoponendomi al trattamento.

La somministrazione verrà ripetuta al parto qualora indicato (cioè con mamma RH NEGATIVO e neonato  
RH POSITIVO).

Pertanto:

- ACCONSENTO al trattamento con IMMUNOGLOBULINE ANTI-D

.....

- NON ACCONSENTO al trattamento con IMMUNOGLOBULINE ANTI-D

.....

Data.....

Firma del medico.....