



CASA DI CURA "VILLA MARGHERITA" UNITÀ DI DIAGNOSI PRENATALE

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA VILLA MARGHERITA

Consenso informato alla terapia dell'immunoprofilassi per pazienti con fattore RH NEGATIVO

Io sottoscritta _____

nata il ____/____/____ a _____ prov. _____, dichiaro di essere stata

informata dal Dott. _____ (firma leggibile)

e in presenza _____ (firma leggibile)

che:

a) la mia situazione clinica richiede terapia con IMMUNOGLOBULINE ANTI-D;

b) la terapia con emoderivati non è esente da rischi sia di natura infettiva che immunologica,

nonostante l'effettuazione di tutte le procedure previste dalla vigente normativa.

In base alle informazioni ottenute:

ACCONSENTO

RIFIUTO

di essere sottoposta alla somministrazione del farmaco.

Roma, _____

(firma del paziente)

(firma di chi pratica la profilassi anti-D)