

	PZ NON IMMUNE AL VIRUS ROSOLIA MO 11. OCT. DMI. FIR	Rev. 02 del 22/03/2010 pag 1 di 1
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

La sottoscritta _____

documento _____

Il sottoscritto _____

documento _____

dichiarano di essere stati informati che:

1. dall'indagine eseguita in data _____ la signora **non risulta immune verso il virus della rosolia**
2. esiste la possibilità di vaccinazione per tale malattia infettiva
3. l'assenza dell'immunità comporta il rischio di contrarre la malattia
4. se la malattia viene contratta durante la gravidanza
 - l'infezione fetale può avvenire in qualsiasi momento della gestazione
 - il rischio di infezione fetale è massimo tra la 3° e la 6° settimana ed è del 54-100%
 - il rischio di infezione fetale è del 31-44% tra la 13° e 18° settimana
 - il rischio di infezione fetale è basso dopo la 18° settimana

Alla nascita le anomalie più frequentemente descritte sono rappresentate da:

lesioni oculari (cataratta, microftalmia, glaucoma, corioretinite),
cardiache (pervietà del dotto arterioso di Botallo, difetto del setto interatriale ed interventricolare)
cerebrale (sordità neurosensoriale, microcefalia, ritardo mentale) nelle percentuali di seguito riportate

Eta' gestazionale	alterazioni			
	oculari	auditive	cardiache	neurologiche
fino a 4 settimane	62%	85%	60%	55%
5-8 settimane	30%	74%	58%	60%
9-12 settimane	8%	68%	30%	22%
13-16 settimane	<1%	50%	5%	10%

Dichiariamo di aver avuto la possibilità di discutere in modo approfondito ed esaustivo le problematiche illustrate con il dott. _____

Dichiariamo di voler procedere con i trattamenti medici finalizzati all'ottenimento di una gravidanza

Firma della paziente _____

Firma del coniuge _____

Testimone _____

Data _____