



**Prefeitura Municipal de Balsa Nova
Secretaria Municipal de Saúde
Centro Médico Bom Jesus**

Rua Getúlio Vargas, 657 - Centro - Balsa Nova/PR
(41) 3636 1212

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI-Rh (D)
(300µg/2ml)**

DATA DA SOLICITAÇÃO: ____ / ____ / ____

UBS SOLICITANTE: _____

NOME COMPLETO DA GESTANTE:

TIPAGEM SANGUÍNEA DA GESTANTE: _____

TIPAGEM SANGUÍNEA DO PARCEIRO: _____

TESTE DE COOMBS INDIRETO: DATA: ____ / ____ / ____

RESULTADO: _____

IDADE GESTACIONAL: _____

DATA PREVISTA PARA APLICAÇÃO: ____ / ____ / ____

OBS: Enviar à farmácia do Centro Médico Bom Jesus com antecedência de 10 dias.

A administração da imunoglobulina deverá ser realizada preferencialmente na 28ª semana gestacional sendo a data limite de aplicação até a 34ª semana.

Anexar a receita médica.

(assinatura e carimbo do médico)

Documentos que deverão ser apresentados na farmácia do Centro Médico Bom Jesus:

- Formulário de solicitação datado informando o período gestacional;
- Prescrição médica datada;
- Termo de esclarecimento para gestantes
- Cópia dos exames atuais: tipagem sanguínea com Fator Rh (gestante e companheiro), resultado do Coombs indireto negativo e ecografia obstétrica/morfológica;
- Cópia do RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde, Carteira da Gestante, comprovante de residência;