

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin
Innehållsansvar: Hannah Fisher Wadman, (hanfi2), Kirurgisjuksköterska
Granskad av: Helena Hognert, (helho13), Sektionschef
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-06-16

Giltig till: 2027-06-16

RhD-Profylax

Förändringar sedan föregående version

2025-05-16 rutin förlängs två år utan ändringar.

Sammanfattning

Innehåller information om när profylax mot Rh(D)-alloimmunisering hos Rh(D) – negativa kvinnor skall administreras på benign gynekologisk vårdavdelning som vårdar kvinnor tom graviditetsvecka 21+6.

Bakgrund och syfte

Behandlingsrutin för RhD-profylax.

Arbetsbeskrivning

Rh-profylax (anti-D) Rhopylac 1500 E im/ iv eller ersättningspreparat ges till kvinnor som är RhD negativa i nedan situationer:

- I första trimestern (tom V11+6) bör RhD- profylax endast erbjudas till de kvinnor vars graviditet avslutas med kirurgisk åtgärd (exeres eller operation pga extrauterin graviditet).
- Vid legal abort eller missfall efter vecka 12+0, även om exeres inte utförs.
- RhD- profylax skall administreras inom 72 timmar.
- Given profylax skall alltid dokumenteras i journal och Batchnummer skall anges för spårbarhet.
- Halveringstiden för anti-D IgG är ungefär 3 veckor, detta innebär att profylax inte behöver upprepas om kvinnan redan fått denna för mindre än 4 veckor sedan.

Utförande

Ansvarig sjuksköterska / barnmorska kontrollerar i blodgrupp i Interinfo (transfusionsmedicin) på berörd patientgrupp. Vid negativ RhD faktor skall

RhD – profylax administreras inom 72 timmar. Var god se GO, generell ordination i läkemedelsmodulen Melior. Där tydliggörs när RhD-Profylax kan administreras på generell ordination och när läkarordination krävs.

Relaterad information

Övriga situationer där RhD-profylax ges till RhD -negativa kvinnor inom annan verksamhet se: Medicinska styrdokument Obstetrik.

Riktlinje: [RhD-profylax under graviditet samt postpartum](#)

Ansvar

Gäller för all personal inom VO Gynekologi och reproduktionsmedicin/område1/SU. Ansvar för spridning och implementering har VC/VÖL. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPro

Arbetsgrupp

Lina Wilsson, sjuksköterska/ sektionsledare, avdelning 68

Helena Hognert, överläkare/ sektionschef, Gynekologi och reproduktionsmedicin

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Hannah Fisher Wadman, (hanfi2),
Kirurgisjuksköterska

Granskad av: Helena Hognert, (helho13), Sektionschef

Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-330

Version: 2.0

Giltig från: 2025-06-16

Giltig till: 2027-06-16