

PLAN PORODU

Imię i nazwisko:

PESEL:

Chciałabym, aby mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem godności osobistej.

Poniższy plan porodu jest listą moich preferencji i oczekiwań.

Jestem świadoma i akceptuję fakt, że ze względów medycznych i organizacyjnych może nie zostać w pełni zrealizowany.

Data*:
(data przyjęcia do porodu)

Podpis pacjentki:

Proszę informować mnie o przebiegu porodu, proponowanych lekach i procedurach medycznych oraz ewentualnych zagrożeniach dotyczących mnie i mojego dziecka:

☐ TAK ☐ NIE

OSOBA BLISKA W TRAKCIE PORODU

Chcę rodzić w towarzystwie bliskiej osoby:

☐ TAK ☐ NIE

Imię i nazwisko:

Czy osoba bliska może wykonywać zdjęcia matki i dziecka w trakcie porodu?

☐ TAK ☐ NIE

Kogo upoważnia Pani do dostępu do dokumentacji medycznej dziecka?

Imię i nazwisko:

PRZYGOTOWANIE DO PORODU

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegów przygotowujących do porodu:

- ☐ Lewatywa
- Golenie krocza:
 - ☐ całkowicie
 - ☐ w miejscu jego ewentualnego nacięcia i wżgórka

I OKRES PORODU

Na każdym etapie porodu chciałabym mieć możliwość wyboru dogodnej dla mnie pozycji porodowej:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym mieć swobodę poruszania się w pierwszym okresie porodu:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym mieć możliwość korzystania z prysznica:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym mieć możliwość korzystania ze sprzętów:

- ☐ worek sako
- ☐ drabinka
- ☐ materac
- ☐ piłka gimnastyczna

Jeżeli zaistnieje konieczność podania mi kroplówki lub monitorowania stanu dziecka, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym móc skorzystać z analgezji wziewnej jako sposobu łagodzenia bólu:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym móc korzystać z nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu:

- | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ masaż przez
osobę
towarzyszącą | ☐ TENS | ☐ aromaterapia |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|

Wyrażam zgodę na zastosowanie następujących działań i procedur medycznych:

a. wzmocnienie czynności skurczowej macicy za pomocą oksytocyny:

☐ TAK ☐ NIE

b. przebicie pęcherza płodowego:

☐ TAK ☐ NIE

Proszę o możliwość przyjmowania doustnie płynów:

☐ TAK ☐ NIE

II OKRES PORODU

Proszę o ochronę krocza:

☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na nacięcie krocza w razie konieczności:

☐ TAK ☐ NIE

W drugim okresie porodu chciałabym przeć zgodnie z tym, jak podpowiada mi instynkt
- przeć spontanicznie:

☐ TAK ☐ NIE

Proszę o instruowanie mnie w trakcie parcia:

☐ TAK ☐ NIE

W momencie wyłaniania się główki dziecka chciałabym jej dotknąć:

☐ TAK ☐ NIE

Proszę o umożliwienie przecięcia pępowiny przez osobę towarzyszącą mi w czasie porodu:

☐ TAK ☐ NIE

CIECIE CESARSKIE

Chciałabym, by osoba towarzysząca mogła być obecna na sali operacyjnej:

☐ TAK ☐ NIE

Zależy mi, aby mieć możliwość jak najszybszego pierwszego kontaktu z dzieckiem, jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał:

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli będzie to możliwe, chciałabym, aby osoba towarzysząca miała możliwość kontaktu „skóra do skóry” od razu po porodzie:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym przystawić dziecko do piersi jak najszybciej po porodzie, jeśli będzie to możliwe:

☐ TAK ☐ NIE

PO PORODZIE

Chciałabym, aby moje dziecko było u mnie na brzuchu w kontakcie „skóra do skóry” tak długo, jak będziemy tego potrzebowali:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym nakarmić dziecko piersią jeszcze w sali porodowej:

☐ TAK ☐ NIE

Proszę zważyć i zmierzyć moje dziecko po zakończeniu pierwszego kontaktu „skóra do skóry”:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym od razu po porodzie dowiedzieć się, ile waży i mierzy moje dziecko:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym trzymać dziecko na rękach podczas rodzenia łożyska i w trakcie ewentualnych innych zabiegów:

☐ TAK ☐ NIE

Proszę o wykonanie wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar podczas kontaktu „skóra do skóry”, gdy dziecko będzie leżało na moim brzuchu:

☐ TAK ☐ NIE

Proszę o przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego w późniejszym czasie, po zakończeniu pierwszego kontaktu, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych:

☐ TAK ☐ NIE

NA ODDZIALE POŁOŻNICZYM

Chciałabym, aby dziecko było cały czas ze mną w pokoju w systemie rooming- in:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym zostać poinstruowana, jak mam przewijać i pielęgnować dziecko:

☐ TAK ☐ NIE

Zależy mi na otrzymaniu pomocy w zakresie prawidłowego przystawienia dziecka do piersi:

☐ TAK ☐ NIE

Zależy mi na instruktażu dotyczącym technik i pozycji do karmienia piersią:

☐ TAK ☐ NIE

Nie wyrażam zgody na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym:

☐ TAK ☐ NIE

Nie planuję karmić dziecka piersią i proszę o uszanowanie mojej decyzji:

☐ TAK ☐ NIE

Zależy mi na pełnej informacji o stanie zdrowia mojego dziecka:

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli będzie taka konieczność, to chciałabym skorzystać z pomocy doradcy laktacyjnego:

☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym skorzystać z możliwości rozmowy z psychologiem/konsultacji psychologicznej:

☐ TAK ☐ NIE

JEŚLI PRZED PORODEM LUB W CZASIE PORODU WYSTĄPIĄ WSKAZANIA DO ZASTOSOWANIA OKREŚLONYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH DLA BEZPIECZEŃSTWA ORAZ DOBRA MATKI I DZIECKA PLAN PORODU MOŻE ULEC ZMIANIE.

.....

(Podpis pacjentki)