



Plan porodu

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Choruję na:.....

Jestem uczulona na:.....

W ciąży przyjmowałam leki:.....

Poniższy plan porodu jest listą moich oczekiwań.

Jestem świadoma i akceptuję, że przedstawiony plan może nie być w pełni zrealizowany.

Chcę rodzić w towarzystwie osoby bliskiej

☐

TAK

☐

NIE

Imię i nazwisko:.....

Zależy mi, aby osobie towarzyszącej udzielono informacji o postępie porodu

☐

TAK

☐

NIE

I OKRES PORODU

1. Proszę o pytanie mnie o zgodę na wszystkie badania i zabiegi podczas porodu

☐

TAK

☐

NIE

2. Zależy mi na pełnej informacji o postępie porodu

☐

TAK

☐

NIE

3. Zależy mi, aby nie wykonywano żadnych zabiegów przygotowujących do porodu (lewatywa, golenie krocza)

☐

TAK

☐

NIE

4. Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się oraz przyjmowania dogodnych pozycji

☐

TAK

☐

NIE

5. Chciałabym korzystać z wyposażenia sali porodowej (worek sako, drabinki, piłka, materac)

☐

TAK

☐

NIE

6. Proszę o ograniczenie badań przezpochwowych

☐

TAK

☐

NIE

7. Chciałabym prosić o przygaszenie światła oraz zachowanie intymności

☐

TAK

☐

NIE

8. Zgadzam się na podanie Oksytocyny, przebicie pęcherza płodowego i stałe monitorowanie KTG, jeśli będzie taka konieczność

☐

TAK

☐

NIE

9. Proszę o znieczulenie bólu porodowego dostępnymi w Sali Porodowej metodami

☐

TAK

☐

NIE

II OKRES PORODU

1. Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w drugim okresie porodu
☐ TAK ☐ NIE
2. W drugim okresie porodu chciałabym móc przeć spontanicznie, jak podpowiada mi instynkt
☐ TAK ☐ NIE
3. Proszę o instruowanie mnie w trakcie parcia
☐ TAK ☐ NIE
4. Zależy mi, aby podczas rodzenia się dziecka był obecny tylko niezbędny personel medyczny
☐ TAK ☐ NIE
5. Chciałabym, aby położna starała się ochronić moje krocz i poinstruowała mnie w trakcie parcia
☐ TAK ☐ NIE
6. Jeśli będzie taka konieczność wyrażam zgodę na nacięcie krocza
☐ TAK ☐ NIE
7. Proszę o umożliwienie przecięcia pępowiny przez osobę towarzyszącą
☐ TAK ☐ NIE

III i IV OKRES PORODU

1. Chciałabym trzymać dziecko na rękach podczas rodzenia się łóżyska
☐ TAK ☐ NIE
2. Proszę o nieprzerwany kontakt "skóra do skóry" na Sali Porodowej
☐ TAK ☐ NIE
3. Proszę o umożliwienie i pomoc w karmieniu piersią bezpośrednio po porodzie
☐ TAK ☐ NIE

CIĘCIE CESARSKIE

1. Chciałabym uniknąć cięcia cesarskiego, ale jeśli będzie to konieczne, chciałabym zostać o wszystkim poinformowana
☐ TAK ☐ NIE
2. Proszę podczas trwania cięcia cesarskiego o kangurowanie dziecka przez osobę mi bliską
☐ TAK ☐ NIE
3. Zależy mi na jak najszybszym pierwszym kontakcie z dzieckiem oraz przystawieniu do piersi, jeśli będzie taka możliwość
☐ TAK ☐ NIE

OKRES POŁOGU

1. Chciałabym, aby dziecko było cały czas ze mną w pokoju
☐ TAK ☐ NIE
2. Proszę o bieżące informacje na temat stanu zdrowia dziecka, działaniach diagnostycznych oraz leczeniu
☐ TAK ☐ NIE
3. Proszę o poinstruowanie o mnie w czynnościach związanych pielęgnacją oraz karmieniem dziecka
☐ TAK ☐ NIE
4. Chciałabym karmić wyłącznie piersią
☐ TAK ☐ NIE

Inne uwagi.....

Podpis pacjentki.....