

PLAN PORODU

Imię i nazwisko.....

Pesel.....

Data zgłoszenia.....

Data porodu.....

Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych a wszystkie poniższe punkty mogą ulec zmianom dyktowanym przez przebieg porodu.

PORÓD

Pragnę, aby cały mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem godności osobistej mojej i mojego dziecka

tak / nie

Chciałabym, jeżeli to możliwe, uniknąć przyjmowania podczas porodu środków zmieniających moją świadomość

tak / nie

Chciałabym korzystać z metod naturalnych łagodzenia bólu porodowego i relaksacji (woda, masaż, aromoterapia, muzykoterapia)

tak / nie

Chciałabym korzystać z gazu łagodzącego ból porodowy Entonox

tak / nie

Proszę o niewykonywanie zabiegów przygotowujących do porodu takich jak lewatywa, golenie krocza, chyba, że o to poproszę

tak / nie

Chciałabym mieć wykonaną lewatywę, przy przyjęciu do porodu

tak / nie

Wyrażam zgodę na założenie wenflonu

tak / nie

Chciałabym otrzymać krótką informację o celu zabiegów, które są wobec mnie stosowane

tak / nie

Chciałabym móc jeść i pić podczas pierwszego okresu porodu jeżeli poczuję taką potrzebę i nie będzie przeciwwskazań

tak / nie

Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zachowania aktywnej postawy i korzystania z pozycji wertykalnych podczas porodu, jeśli nie będzie przeciwwskazań

tak / nie

Chciałabym w pierwszym okresie porodu korzystać z wanny, piłki, worka sako, materaca

tak / nie

Chciałabym by pozwolono mi przeć w takim rytmie jak będzie mi nakazywał instynkt

tak / nie

Zależy mi na możliwości uczestnictwa osoby towarzyszącej podczas porodu, z możliwością czasowego wyjścia z Sali porodowej (np. badanie, II okres porodu)

tak / nie

Chciałabym, aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę

tak / nie

Jestem przekonana, że wolałabym uniknąć cięcia cesarskiego, chyba że jest to konieczne

tak / nie

Jeżeli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji

tak / nie

W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny (próżniociąg położniczy, kleszcze)

tak / nie

OCHRONA KROCZA

Wolałabym nie mieć nacinanego krocza, chyba że będzie to konieczne

tak / nie

Wolałabym mieć nacięte krocze

tak / nie

Proszę o podanie środka znieczulającego w sytuacji szycia krocza po porodzie

tak / nie

PO PORODZIE

Prosiłabym, aby położna tuż po porodzie, jeżeli stan dziecka na to pozwoli, położyła mi dziecko na brzuchu

tak / nie

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

tak / nie

Chciałabym pozostać z dzieckiem „skóra do skóry” nieprzerwanie od momentu porodu, przez cały okres pobytu w Sali porodowej (2 godziny), jeżeli stan dziecka będzie dobry

tak / nie

Chciałabym pozostać po porodzie z dzieckiem w systemie „ rooming in” podczas pobytu w oddziale położniczym

tak / nie

Proszę o pełną informację na temat zdrowia dziecka

tak / nie

Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć zaraz po porodzie

tak / nie

Proszę nie dokarmiać dziecka bez uzgodnienia tego ze mną wcześniej

tak / nie

Proszę nie podawać dziecku smoczka

tak / nie

Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie porodu w oddziale położniczym zgodnie z regulaminem tego oddziału

tak / nie

UWAGI

.....
.....
.....
.....
.....

.....

Podpis pacjentki

