

# PLAN PORODU

Imię i nazwisko .....PESEL: .....nr Księgi Gł. ....

## WARUNKI PORODU:

- Chciałabym rodzić w Sali pojedynczej
- Zależy mi, by w Sali był prysznic lub wanna
- Chciałabym, aby w Sali była toaleta
- Chciałabym mieć możliwość posłuchania swojej muzyki
- Chciałabym, aby w Sali porodowej było przyciemnione światło, panowała cisza
- Chciałabym rodzić w swoim ubraniu

## OSOBY OBECNE PODCZAS PORODU:

- Będę rodzić sama
- Chciałabym rodzić z mężem
- Chciałabym rodzić z doułą
- Chciałabym rodzić z osobą bliską
- Zależy mi, aby mojej osobie towarzyszącej udzielono informacji o postępie porodu
- Wyrażam zgodę na obecność studentów/ek położnictwa lub medycyny
- Chciałabym aby w trakcie porodu towarzyszyła mi ta sama położna

## PRZYGOTOWANIE DO PORODU:

- Zgadzam się na zabiegi przygotowujące do porodu- lewatywa, golenie krocza
- Nie wyrażam zgody na zabiegi przygotowujące do porodu – lewatywa, golenie krocza, chyba, że o to poproszę
- Wyrażam zgodę na założenie wenflonu przy przyjęciu do szpitala
- Nie wyrażam zgody na założenie wenflonu, chyba, że dojdzie do konieczności podania mi leków dożylnie

## PORÓD:

- Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu
- Zależy mi na porodzie drogami natury
- Zgadzam się na podanie kroplówki naskurczowej z Oksytocyną, przebicie pęcherza płodowego i stałe monitorowanie KTG, jeśli moja sytuacja będzie tego wymagała
- Zależy mi na ograniczeniu licznych badań dopochwowych i aby w miarę możliwości odbywały się one w dogodnej dla mnie pozycji
- Chciałabym pić w trakcie porodu
- Chciałabym móc złagodzić głód w trakcie porodu
- Chciałabym mieć swobodę poruszania się w pierwszym okresie porodu
- Chciałabym mieć możliwość korzystania z wanny lub prysznica
- Chciałabym mieć możliwość korzystania ze sprzętów, takich jak piłka, worek sako
- Jeśli zaistnieje konieczność podania mi kroplówki lub monitorowania stanu dziecka, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji
- Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w drugim okresie porodu
- Proszę o instruowanie mnie w trakcie parcia
- Zależy mi, aby w Sali były przygaszone światła w chwili, gdy dziecko będzie przychodzić na świat
- Zależy mi, aby w trakcie rodzenia się dziecka obecny był tylko niezbędny personel

Imię i nazwisko .....PESEL: .....nr Księgi Gł. ....

#### ŁAGODZENIE BÓLU PORODOWEGO:

- Proszę nie proponować mi farmakologicznych środków przeciwbólowych, zanim sama nie poproszę
- Jeśli poproszę o środki przeciwbólowe, proszę poinformować mnie o etapie porodu, na jakim jestem
- Chciałabym móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, takich jak masaż przez osobę towarzyszącą, prysznic, imersja wodna
- Jeśli poproszę o ulżenie mi bólu, proszę o zaproponowanie mi w pierwszej kolejności naturalnych metod łagodzenia bólu porodowego

#### OCHRONA KROCZA:

- Chciałabym, aby położna starała się ochronić moje krocze i poinstruowała mnie w czasie parcia
- Wolałabym uniknąć nacięcia krocza
- Zgadzam się na nacięcie krocza, jeśli zajdzie taka konieczność
- Proszę o miejscowe znieczulenie przy zszywaniu krocza

#### PO PORODZIE:

- Zależy mi, aby towarzysząca mi osoba mogła przeciąć pępowinę
- Zależy mi na jak najszybszym pierwszym kontakcie z dzieckiem, jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał
- Chciałabym, aby dziecko było u mnie na brzuchu w kontakcie „skóra do skóry” tak długo, jak będziemy tego potrzebowali
- Chciałabym nakarmić moje dziecko piersią jeszcze na sali porodowej
- Chciałabym, aby moje dziecko zostało owinięte w pieluszki, które przyniosłam z domu
- Chciałabym, aby moje dziecko zostało ubrane w rzeczy, które przyniosłam z domu
- Zależy mi na tym, aby moje dziecko zostało osuszone i okryte pieluszkami
- Proszę zważyć i zmierzyć moje dziecko po zakończeniu pierwszego kontaktu „skóra do skóry”
- Chciałabym od razu po porodzie dowiedzieć się ile waży i mierzy moje dziecko
- Chciałabym trzymać dziecko na rękach podczas rodzenia łożyska i w trakcie ewentualnych zabiegów
- Zgadzam się na wykorzystanie wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar przez lekarza
- Proszę o przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego w późniejszym czasie, po zakończeniu pierwszego kontaktu, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych

Data: .....

.....  
*podpis pacjentki*

.....  
*podpis i pieczętka położnej*

.....  
*podpis i pieczętka lekarza*