

PLAN PORODU

Imię i nazwiskoPESEL: Nr Księgi Gł.

WARUNKI PORODU:

- ☐ Chciałabym mieć możliwość posłuchania swojej muzyki
- ☐ Chciałabym, aby w Sali porodowej było przyciemnione światło, panowała cisza

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

PRZYGOTOWANIE DO PORODU:

- ☐ Zgadzam się na zabiegi przygotowujące do porodu np. wlewka doodbytnicza
- ☐ Nie wyrażam zgody na zabiegi przygotowujące do porodu np. wlewka doodbytnicza-
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 poinstruowanie 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
- ☐ Chciałabym pobrać krew pępowinową

Imię i nazwiskoPESEL: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, immersja wodna
- ☐ Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego
- ☐ 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
- ☐ Wolalabym uniknąć nacięcia krocza
- ☐ Zgadzam się na nacięcie krocza, jeśli zajdzie taka konieczność
- ☐ Proszę o miejscowe znieczulenie przy zszywaniu krocza

KANGUROWANIE W PRZYPADKU CIĘCIA CESARSKIEGO

- ☐ Zależy mi na tym, aby noworodek został przekazany do kontaktu „skóra do skóry” ze mną tak szybko, jak będzie to możliwe na sali po cięciach cesarskich
- ☐ Zależy mi, aby osoba mi bliska kangurowała noworodka przez 2h po cięciu cesarskim, jeżeli stan zdrowia noworodka będzie na to pozwalał-
- ☐ Moja osoba bliska nie zamierza kangurować noworodka po cięciu cesarskim

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”
- ☐ Chciałabym nakarmić moje dziecko piersią jeszcze na sali porodowej
- ☐ Nie zamierzam karmić piersią
- ☐ 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
- ☐ 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