

PLAN PORODU

Nazwisko i imię:

Płeć:

Data urodzenia:

Wiek:

PESEL:

Adres:

Telefon:

Data przyjęcia:

L. wyk. oddz.:

L. wyk. gł.:

Lekarz prowadzący ciążę:

Osoba towarzysząca w trakcie porodu (kim jest? - mąż, rodzina, partner, przyjaciółka):

Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.

Jeśli przed porodem lub w czasie porodu wystąpią komplikacje lub wskazania medyczne do zastosowania określonych procedur, dla bezpieczeństwa oraz dobra matki i dziecka plan porodu może ulec zmianie.

Poród	TAK	NIE
Proszę informować mnie o przebiegu porodu, proponowanych lekach i procedurach medycznych oraz o ewentualnych zagrożeniach dotyczących mnie oraz mojego dziecka.		
Chcę rodzić w towarzystwie osoby bliskiej.		
Wyrażam zgodę na obecność studentów podczas pobytu na sali porodowej.		
Chcę rodzić we własnej koszuli przygotowanej na czas porodu.		
Zależy mi na tym, aby personel medyczny uzgadniał ze mną wszystkie procedury medyczne, zanim zostaną wykonane.		
Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety podczas pierwszego okresu porodu.		
Chcę uniknąć wywoływania porodu, chyba, że ze względów medycznych będzie to konieczne.		
Chcę uniknąć stymulacji porodu oksytocyną, chyba, że ze względów medycznych będzie to konieczne.		
Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego, chyba, że ze względów medycznych będzie to konieczne.		
Chcę skorzystać z niefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu porodowego (TENS, ciepłe zimne okłady, masaż, pozycje wertikalne, worek sako, materac, piłka, prysznic, własna muzyka).		
Chcę skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego.		
Chcę skorzystać z aromaterapii.		
Chciałabym móc urodzić dziecko w wodzie		
W sytuacji stałego monitorowania dziecka za pomocą aparatu KTG chciałabym mieć możliwość poruszania się i zmieniania pozycji.		
Chcę, aby na sali porodowej panował spokój, światła były przygaszone, oraz zachowano moją intymność.		
Proszę o umożliwienie mi przyjmowania dogodnej pozycji w II okresie porodu.		
Chciałabym móc dotknąć główki mojego dziecka podczas rodzenia.		
Chcę, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie jaki będzie mi nakazywał instynkt, jeśli poród będzie przebiegał w sposób prawidłowy.		
Proszę o poinstruowanie mnie w trakcie porodu.		
Proszę o nie nacinanie krocza, chyba, że ze względów medycznych będzie to konieczne.		

Poród	TAK	NIE
Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji.		

Po porodzie	TAK	NIE
Proszę o ułożenie dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej bezpośrednio po porodzie.		
Proszę pozwolić, aby pępowina przestała tętnić zanim się ją przetnie		
Proszę umożliwić przecięcie pępowiny osobie towarzyszącej.		
Chciałabym sama przeciąć pępowinę.		
Chcę, aby położna przecięła pępowinę		
Chciałabym mieć możliwość kontaktu skóra do skóry z moim dzieckiem przez 2 godziny.		
Proszę o umożliwienie i pomoc w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi.		

Opieka noworodkowa	TAK	NIE
Jeśli to możliwe, proszę ocenić stan dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej.		
Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas, jeżeli nie ma przeciwwskazań		
Nie mam doświadczenia w opiece nad noworodkiem, więc proszę o wzmożoną opiekę ze strony personelu.		

Karmienie piersią	TAK	NIE
Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć od razu po porodzie		
Proszę nie dokarmiać dziecka bez uwzględnienia tego wcześniej ze mną.		
Chciałabym wiedzieć więcej o karmieniu piersią.		
Chciałabym się spotkać z doradcą laktacyjnym.		

.....
podpis pacjentki