PLAN PORODU

Imię i nazwisko.....

Termin porodu.....

Lekarz / Położna prowadząca ciążę.....

Osoba towarzysząca podczas porodu.....

W Szpitalu Powiatowym Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie:

- ✓ Uzyska Pani pełną informację o każdej planowanej procedurze medycznej, postępie porodu, zagrożeniach oraz stosowanych lekach podczas porodu.
- ✓ Ma Pani możliwość picia płynów i spożywania lekkich posiłków podczas porodu.
- ✓ Unikamy nacinania krocza, jeśli nie ma wskazań medycznych.
- ✓ Zapewniamy pełen kontakt skóra do skóry po urodzeniu malucha, a pomiary antropometryczne wykonujemy po dwóch godzinach.
- ✓ Zapewniamy jak najszybszy pierwszy kontakt skóra do skóry z dzieckiem po cięciu cesarskim.
- ✓ Dbamy, aby poród odbywał się z zachowaniem intymności i poszanowaniem godności osobistej mamy oraz dziecka.

PORÓD

- ☐ Zależy mi na tym, aby poród przebiegał naturalnie, bez interwencji.
- ☐ W przypadku wskazań lekarskich do wywołania porodu, zanim zostanie podana mi oksytocyna lub zostanie przebity pęcherz płodowy, chciałabym spróbować naturalnych sposobów stymulowania porodu, takich jak ruch, masaż brodawek sutkowych.
- ☐ W sytuacjach uzasadnionych medycznie wyrażam zgodę na wzmocnienie czynności skurczowej poprzez przebicie pęcherza płodowego, po uprzednim wyjaśnieniu mi powodów zastosowania tej procedury.
- ☐ W sytuacjach uzasadnionych medycznie wyrażam zgodę na wzmocnienie czynności skurczowej poprzez podłączenie oksytocyny po uprzednim wyjaśnieniu mi powodów zastosowania tej procedury.
- ☐ Jeżeli zaistnieje konieczność podania mi kroplówki lub ciągłego monitorowania stanu dziecka, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji.
- ☐ Chciałabym móc skorzystać ze sprzętów, takich jak drabinka, materac, worek sako, piłka.
- ☐ Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego.
- ☐ Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia wziewnego.
- ☐ Chciałabym móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu takich jak masaż przez osobę towarzyszącą, immersja wodna, ciepły okład, aromaterapia.

- [ ] Chciałabym prosić o przygaszenie świateł i wyciszenie w chwili, gdy dziecko będzie przychodzić na świat.
- [ ] Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w drugim okresie porodu.
- [ ] W drugim okresie porodu chciałabym przeć zgodnie z tym, jak podpowiada mi instynkt – przeć spontanicznie.
- [ ] Proszę o instruowanie mnie w trakcie parcia.
- [ ] W momencie wyłaniania się główki dziecka chciałabym jej dotknąć.
- [ ] Zależy mi, by towarzysząca mi osoba mogła przeciąć pępowinę po zaprzestaniu jej tętnienia.
- [ ] Chciałabym rozpocząć karmienie piersią już na sali porodowej.
- [ ] Nie planuję karmić piersią.

W ODDZIALE POŁOŻNICZYM

- [ ] Nie wyrażam zgody na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym; jeśli sytuacja medyczna będzie wymagała takiej interwencji, to chciałabym mieć możliwość konsultacji z doradcą laktacyjnym.
- [ ] Zależy mi na pełnej informacji o stanie zdrowia mojego dziecka.
- [ ] Chciałabym skorzystać z możliwości rozmowy z psychologiem/konsultacji psychologicznej.
- [ ] Zakładając, że i ja, i dziecko będziemy czuć się dobrze, chciałabym wyjść do domu najszybciej jak to jest możliwe.

SZCZEPIENIA

- [ ] Zgadzam się na szczepienie dziecka zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych.
- [ ] Nie wyrażam zgody na szczepienie dziecka.

MOJE UWAGI I DODATKOWE ŻYCZENIA

Plan porodu jest listą moich własnych potrzeb i oczekiwań związanych z porodem i pobytem w szpitalu. Zdaję sobie sprawę, że ich realizacja będzie możliwa tylko wtedy, gdy nie będzie przeciwwskazań medycznych i pozwoli na to mój stan ogólny, położniczy oraz dobrostan dziecka.

....

Data i podpis pacjentki

Data i podpis położnej