Plan porodu

....

NAZWISKO I IMIĘ RODZĄCEJ **PESEL**

Termin porodu.....Ciąża(która).....Poród (który).....
Informacja dotycząca poprzednich porodów.....
.....
Jestem uczulona na.....
Obecnie biorę leki:.....
.....
Lekarz prowadzący ciążę.....położna rodzinna.....
Osoba towarzysząca podczas porodu (mąż, partner, przyjaciółka, doula, inna):
.....
Miejsce porodu.....
Rodzaj porodu.....

GRUPA KRWI.....**WYMAZ GBS**.....

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.

1. Chciałabym, aby podczas całego pobytu w szpitalu zapewniono mi intymność oraz poszanowanie godności osobistej mojej i mojego dziecka

   TAK / NIE /

2. Podczas pobytu w szpitalu, proszę o informowanie mnie o planowanym postępowaniu, zagrożeniach, zabiegach, procedurach i lekach stosowanych u mnie i mojego dziecka

   TAK / NIE /

3. Wyrażam zgodę na golenie, lewatywę

   TAK / NIE /

4. Podczas porodu chciałabym mieć możliwość picia płynów

   TAK / NIE /

5. Chciałabym uniknąć wywoływania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne

   TAK / NIE /

6. Jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby, chciałabym uniknąć stałego monitorowania tętna płodu podczas porodu

   TAK / NIE /

7. Chciałabym pozostać przez cały poród w swojej odzieży

   TAK / NIE /

8. Podczas porodu chcę być aktywna i mieć możliwość swobodnego poruszania się, skorzystania z masażu, wody / wanna, prysznic /, piłki, worka sako, TENS, gaz

TAK / NIE /

9. Chcę sama wybrać dogodną dla mnie pozycję w II okresie porodu / kucki, kolankowo - łokciowa, boczna, stojąca/

TAK / NIE

10. Jeśli będzie to możliwe chciałabym uniknąć nacięcia krocza

TAK / NIE /

11. Proszę o możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego w razie potrzeby

TAK / NIE /

12. Chciałabym podczas porodu uniknąć środków zmieniających świadomość

TAK / NIE /

13. Wyrażam zgodę na obecność podczas mojego porodu dodatkowego personelu medycznego / studenci, stażyści /

TAK / NIE /

14. Proszę o pobranie krwi pępowinowej – nazwa banku.....

TAK / NIE /

15. Chciałbym pozostać z moim dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie „ skóra do skóry" przez cały okres pobytu na sali porodowej, jeśli stan dziecka na to pozwoli

TAK / NIE /

16. Proszę o umożliwienie mi kontaktu „skóra do skóry" z moim dzieckiem także w wypadku zakończenia porodu cięciem cesarskim

TAK / NIE /

17. Chciałabym aby osoba towarzysząca jeśli tego chce mogła przeciąć pępowinę

TAK / NIE /

18. Planuję karmić piersią i chciałbym zacząć od razu po porodzie

TAK / NIE

19. Proszę o nie dokarmianie dziecka bez uzgodnienia tego wcześniej ze mną

TAK / NIE

20. Proszę o pomoc dotyczącą karmienia piersią (przystawienie dziecka, technika)

TAK / NIE

21. Jeśli będzie taka konieczność, chciałabym skorzystać z pomocy doradcy laktacyjnego

TAK / NIE

....

podpis rodzącej

podpis położnej