

PLAN PORODU

Imię i nazwisko

PESEL

Mam świadomość, że plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i jest możliwy do realizacji w przypadku braku przeciwwskazań medycznych: tak nie

Miejsce porodu (który szpital lub miejsce poza szpitalem, np. dom)

Zależy mi na obecności osoby towarzyszącej przy porodzie, osobą towarzyszącą będzie

(mąż / partner / przyjaciółka / mama / doula / inna osoba):

Chciałabym być informowana o stosowanych lekach, planowanych procedurach, zagrożeniach dotyczących mnie i dziecka:

tak nie

Zależy mi na przebiegu porodu w warunkach maksymalnej intymności, z poszanowaniem mojej godności osobistej i mojego dziecka: tak

nie

Zależy mi na jak najbardziej naturalnym przebiegu porodu, bez podawania leków, kroplówek, znieczulenia, bez zbędnej medykalizacji:

tak nie

I OKRES PORODU

Zależy mi na obecności osoby towarzyszącej z możliwością czasowego jej wyłączenia z porodu:

cały poród II okres porodu

Wyrażam zgodę na obecność przy porodzie studentów medycyny i położnictwa, stażystów: tak nie

Jeśli będzie możliwość chcę skorzystać z analgezji zewnątrzoponowej porodu tak nie

Proszę o podanie farmakologicznych środków łagodzących ból: tak nie

Jestem zainteresowana wykorzystaniem aparatu TENS, w celu złagodzenia dolegliwości

(elektrody we własnym zakresie):

tak nie

Chcę być aktywna i preferuję pozycje wertykalne w trakcie czynności skurczowej I okresu porodu:

tak nie

Pragnę korzystać z takich sprzętów jak: worek sacco, piłka, krzesło porodowe, prysznic:

tak nie

Wyrażam zgodę na wykonanie lewatywy:

tak nie

Wyrażam zgodę na golenie krocza:

tak nie

Wyrażam zgodę na przerwanie błon płodowych (pęcherza płodowego) w sposób zabiegowy:

tak nie

Mój stosunek do stosowania oxytocyny w trakcie porodu:

Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji:

.....

Wolałabym uniknąć nacięcia krocza: tak nie

Pragnę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę: tak nie

Chciałabym mieć możliwość dotknięcia główki dziecka w trakcie jej rodzenia się: tak nie

PO PORODZIE

Zależy mi na pełnym, nieprzerwanym kontakcie z dzieckiem („skóra do skóry”) – przez pierwsze dwie godziny po porodzie: tak nie

.....

Jeżeli kontakt „skóra do skóry” nie jest możliwy ze względu na mój stan, chciałabym aby moje dziecko było podane osobie towarzyszącej: tak nie

.....

Chcę karmić wyłącznie piersią: tak nie

Chcę karmić piersią, ale dopuszczam dokarmianie dziecka jeżeli będzie taka potrzeba: tak nie

Będę potrzebowała pomocy i instrukcji przy pielęgnacji dziecka: tak nie

Zależy mi na wykonywaniu wszystkich zabiegów dotyczących dziecka w mojej obecności: tak nie

Wyrażam zgodę na:

1. Obowiązkowe szczepienia ochronne p/WZW typu B i p/gruźlicy (BCG) u mojego dziecka: tak nie

2. Zabiegi profilaktyczne u mojego dziecka, zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia:

a) profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka tak nie

b) domięśniowa podaż Vit. K (profilaktyka choroby krwotocznej u noworodka) tak nie

c) testy przesiewowe tak nie

.....

Data, podpis i pieczęć lekarza/położnej

.....

Podpis pacjentki