

PLAN PORODU

.....
NAZWISKO i IMIĘ

.....
PESEL

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

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym mieć zrobioną lewatywę po przyjęciu do szpitala |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prosiłabym o przygotowanie krocza do porodu - golenie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zależy mi na tym, by personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie procedury medyczne zanim zostaną wykonane |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety podczas pierwszego okresu porodu |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym mieć możliwość picia wody podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym uniknąć wywołania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym wypróbować naturalnych sposobów wywołania porodu, zanim zostaną zastosowane medyczne sposoby |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym w pierwszy okresie porodu mieć możliwość skorzystania z wanny lub prysznica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym, aby badania przez pochwowę były ograniczone do koniecznego minimum |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym, aby na sali porodowej panował spokój, światła były przygaszone oraz zachowano moją intymność |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie jaki będzie mi nakazywał instyngt, jeśli poród będzie przebiegał w sposób prawidłowy |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proszę o nie nacinanie krocza, chyba, że będzie to konieczne ze wskazań medycznych |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wolałabym mieć nacięte krocze |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła robić zdjęcia moje i noworodka za zgodą personelu medycznego |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym znieczulenie zewnątrzoponowe, jeśli będą wskazania medyczne |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nie chciałabym znieczulenia zewnątrzoponowego |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym otrzymywać środki przeciwbólowe |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nie chcę środków przeciwbólowych zmieniających świadomość |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | |
| | | |

PO PORODZIE

TAK **NIE**

- Proszę o położenie dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej zaraz po porodzie
- Chciałabym aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę
- Chcę aby położna przecięła pępowinę
- Proszę pozwolić aby pępowina przestała tętnić zanim się ją przetnie, jeśli nie będzie przeciwwskazań

.....

.....

.....

OPIEKA NOWORODKOWA

TAK **NIE**

- Chciałabym, aby dziecko było w kontakcie skóra do skóry przez pierwsze godziny po porodzie, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych
- Jeśli to możliwe, proszę ocenić stan dziecka na moim brzuchu
- 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

.....

.....

.....

KARMIEŃ PIERSIĄ

TAK **NIE**

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

.....

.....

.....

.....
czytelny podpis pacjentki