



PLAN PORODU

Mój plan porodu

Imię i nazwisko.....

Lekarz/położna prowadząca ciążę.....

Ważne informacje (choroby, przyjmowane leki)

.....
.....
.....
.....

Plan porodu zawiera moje oczekiwania związane z porodem. Będę wdzięczna, jeśli sprawując opiekę nade mną i moim dzieckiem weźmiecie Państwo ten plan pod uwagę.

Jestem świadoma, że poniższy plan może być zrealizowany tylko w przypadku braku przeciwwskazań medycznych

1. Osoba towarzysząca podczas porodu:

- Mąż/partner Doula
- Inna osoba towarzysząca Będę rodzić sama

2. Chciałabym być informowana, przez cały okres pobytu, o planowanych procedurach, zagrożeniach i stosowanych lekach, dotyczących mnie i mojego dziecka.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

3. Proszę o ograniczenie ilości osób szkolących się do niezbędnego minimum.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

I OKRES PORODU

1. Chciałabym mieć możliwość picia płynów i spożywania jedzenia.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

2. Jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby chciałabym uniknąć stałego monitorowania tętna płodu.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

3. Podczas porodu chcę mieć możliwość skorzystania z naturalnych sposobów łagodzenia bólu: masażu, muzykoterapii, aromaterapii, immersji wodnej, piłki, worka sako, krzeselka/stołka porodowego, drabinek, aparatu TENS.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia



PLAN PORODU

4. Chciałabym mieć możliwość skorzystania z farmakologicznych metod łagodzenia bólu.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

5. Chciałabym zachować możliwość aktywności fizycznej oraz przyjmowania pozycji wertykalnych z pomocą akcesoriów dostępnych na Bloku Porodowym.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

6. Niezgodne z moją wizją I okresu porodu jest:

.....
.....
.....
.....
.....

II OKRES PORODU

1. Chciałabym mieć możliwość picia płynów.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

2. Jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby chciałabym uniknąć stałego monitorowania tętna płodu (ciągły zapis KTG).

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

3. Chciałabym sama wybrać dogodną dla mnie pozycję w II okresie porodu.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

4. Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji wertykalnej.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

5. Chciałabym przeć spontanicznie, tak jak podpowiada mi ciało.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

6. Proszę o wskazówki i instruowanie mnie podczas parcia.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia



PLAN PORODU

7. Proszę o zastosowanie ochrony krocza, jeśli nie będzie wskazań medycznych do nacięcia.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

8. Pragnę, żeby na sali porodowej w momencie urodzenia dziecka światło było przygaszone.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

9. Niezgodne z moją wizją II okresu porodu jest:

.....

.....

.....

.....

.....

III i IV OKRES PORODU

1. Jeśli nie będzie przeciwwskazań, pragnę pozostać z moim dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez cały okres pobytu na sali porodowej.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

2. Jeśli nie będzie przeciwwskazań, proszę o przecięcie pępowiny dopiero w chwili, kiedy przestanie tętnić.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

3. Pragnę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

4. Pragnę karmić piersią i proszę o umożliwienie mi tego jeszcze na sali porodowej.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia

5. Chciałbym, aby w razie cięcia cesarskiego umożliwiono osobie towarzyszącej kangurowanie noworodka.

- Tak Nie Nie ma to dla mnie znaczenia



PLAN PORODU

DODATKOWE PREFERENCJE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis pacjentki

.....
Pieczęć i podpis położnej