GRUPA NOWY SZPITAL

PLAN PORODU

Imię i nazwisko ……

PESEL ……..

Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowana tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwskazań medycznych.

- ☐ Pragnę, aby cały mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem godności mojej i mojego dziecka.

- ☐ Chciałabym korzystać z metod naturalnych łagodzących ból porodowy i relaksacji
- ☐ woda
- ☐ masaż
- ☐ aromaterapia
- ☐ muzykoterapia
- ☐ gaz Entonox

- ☐ Chciałabym, żeby w sali porodowej było:
- ☐ przyciemnione światło
- ☐ panowała cisza

- ☐ Chciałabym otrzymać krótką informację o celu zabiegów, które są wobec mnie stosowane.

- ☐ Chciałabym móc jeść i pić podczas pierwszego okresu porodu jeżeli poczuję taką potrzebę i nie będzie do tego przeciwskazań.

- ☐ Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zachowania aktywnej postawy, korzystania z pozycji wertykalnych podczas porodu, jeśli nie będzie przeciwskazań.

- ☐ Chciałabym w pierwszym okresie porodu korzystać z wanny, piłki, worka sako, materaca.

- ☐ Jeżeli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodzie takiej decyzji.

- ☐ Inne prośby

……
…….

GRUPA NOWY SZPITAL

OSOBA TOWARZYSZĄCA (proszę zaznaczyć w kwadratach)

- ☐ Chciałabym rodzić sama.
- ☐ Chciałabym rodzić ze wskazaną bliską osobą……
- ☐ Chciałabym rodzić ze wskazaną bliską osobą …… oraz Doulą.
- ☐ Chciałabym rodzić z Doulą.
- ☐ Chciałabym, aby osoba towarzysząca była informowana o postępie porodu i wykonywanych czynnościach medycznych.
- ☐ Chciałabym, aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę.

- ☐ Inne prośby
  ……

PO PORODZIE (proszę zaznaczyć w kwadratach)

- ☐ Prosiłabym, aby Położna po porodzie, jeżeli stan dziecka na to pozwoli, położyła mi go na klatce piersiowej. („skóra do skóry”)

- ☐ Chciałabym pozostać z dzieckiem w sposób „skóra do skóry” tak długo jak to możliwe.

- ☐ Proszę o pełną opinię na temat zdrowia dziecka.

- ☐ Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w Oddziale Położniczym w systemie Rooming-in zgodnie z regulaminem tego oddziału.

- ☐ Czy planuje Pani pobranie krwi pępowinowej w czasie porodu:
- ☐ TAK
- ☐ NIE

Inne prośby
……
……..

Podpis pacjentki ……

Zapoznałam/Zapoznałem się z planem porodu:

Podpis położnej:……
Podpis lekarza:…….
Podpis lekarza: ……...