SZPITALE TCZEWSKIE SA

PLAN PORODU

IMIĘ I NAZWISKO……..…….…….....

PRZEWIDYWANY TERMIN PORODU……..

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA PROWADZĄCEGO CIĄŻĘ……..……

IMIĘ I NAZWISKO POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ……...……

CHORUJĘ NA:……...…

PRZYJMUJĘ NASTĘPUJĄCE LEKI:……...

OSOBA TOWARZYSZĄCA

□ Chciałabym rodzić z……
(imię i nazwisko osoby towarzyszącej, stopień pokrewieństwa)

□ Chciałabym rodzić sama.

PORÓD

□ Proszę, aby przy przyjęciu do porodu wykonano mi lewatywę i/lub golenie krocza.

□ Chcę, aby położna/lekarz informowali mnie o postępie porodu.

□ Chcę, aby poród przebiegał naturalnie, chyba że zaistnieją wskazania medyczne do zastosowania środków wywołujących poród.

□ Wyrażam zgodę na zastosowanie środków wywołujących poród.

□ Nie wyrażam zgody na nacięcie krocza, chyba że będzie to konieczne ze względów medycznych.

□ Wyrażam zgodę na nacięcie krocza.

□ Chciałabym, aby osoba towarzysząca była ze mną przy wszystkich/wybranych* przeze mnie zabiegach.

□ W sytuacjach uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny (kleszcze, próżnociąg, cięcie cesarskie).

ŁAGODZENIE BÓLU PORODOWEGO

Chciałabym korzystać z:

□ Prysznica
□ Masażu
□ Piłki gimnastycznej
□ Materaca
□ Drabinki
□ Gazu wziewnego – Entonox

POZYCJE W TRAKCIE PORODU

□ Pozycja stojąca
□ Pozycja leżąca
□ Pozycja kuczna
□ Pozycja siedząca
□ Pozycja kolankowo-łokciowa
□ Inne……*(jakie?)*

* - właściwe podkreślić

SZPITALE TCZEWSKIE SA

PRZECIĘCIE PĘPOWINY

□ Chcę, aby osoba towarzysząca przecięła pępowinę, jeśli pozwolą na to warunki medyczne.

□ Chcę sama przeciąć pępowinę, jeśli pozwolą na to warunki medyczne.

□ Chcę, aby pępowinę przecięła położna.

KARMIENIE PIERSIĄ

□ Planuję karmić piersią.

□ Nie chcę karmić piersią.

OCZEKIWANIA PO PORODZIE

□ Chcę, aby dziecko zostało położone na moim brzuchu, jeśli pozwolą na to warunki medyczne.

□ Proszę o przystawienie noworodka do piersi zaraz po porodzie.

OPIEKA NAD NOWORODKIEM

□ Proszę o pomoc w zakresie prawidłowego przystawienia noworodka do piersi.

□ Proszę o pomoc podczas przewijania i pielęgnacji noworodka.

□ Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody* na kąpanie dziecka podczas pobytu w szpitalu.

□ Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody* na dokarmianie noworodka mlekiem modyfikowanym.

□ Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody* na wykonanie szczepień u noworodka.

Inne oczekiwania (*proszę wypisać*)…….....

Jestem świadoma, że wyżej przedstawiony plan porodu może być zmieniony adekwatnie do sytuacji położniczej i stanu noworodka.

……	…….	……
podpis położnej	data	podpis pacjentki

* - właściwe podkreślić