

PLAN PORODU

IMIĘ I NAZWISKO.....

PRZEWIDYWANY TERMIN PORODU.....

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA PROWADZĄCEGO CIĄŻĘ.....

IMIĘ I NAZWISKO POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ.....

CHORUJĘ NA:.....

PRZYJMĘ 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, próżnościąg, cięcie cesarskie).

ŁAGODZENIE BÓLU PORODOWEGO

Chciałabym korzystać z:

☐ Pysznica

☐ Materaca

☐ Masażu

☐ Drabinki

☐ Piłki gimnastycznej

☐ Gazu wziewnego – Entonox

POZYCJE W TRAKCIE PORODU

☐ Pozycja stojąca

☐ Pozycja kuczna

☐ Pozycja kolankowo-łokciowa

☐ Pozycja leżąca

☐ Pozycja siedząca

☐ Inne.....(jakie?)

* - właściwe podkreślić

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