



SP ZOZ WIELUŃ

Plan porodu

Plan porodu jest wstępną listą preferencji kobiety i może być realizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych. Plan może ulec modyfikacji adekwatnej do stanu położniczego.

Nazwisko i imię :

Termin porodu :

Lekarz prowadzący ciążę:

PORÓD

- Proszę o niewykonywanie takich zabiegów, jak golenie czy lewatywa, chyba że na moją wyraźną prośbę.
 - Zależy mi na tym, by personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie zabiegi, zanim zostaną one wykonane.
 - Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety w trakcie pierwszego okresu porodu.
 - Chciałabym, by pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie, jak będzie mi nakazywał instynkt.
 - Jeżeli dziecko będzie czuło się dobrze, wolałabym, aby słuchano tętna dziecka co 15 minut, a nie stale.
 - Proszę ograniczyć do minimum ilość badań dopochwowych.
 - Chciałabym w pierwszym okresie porodu móc korzystać z wanny i/lub prysznicza.
 - Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej.
 - Chciałabym mieć możliwość dotknięcia główki dziecka w trakcie jej rodzenia się.
 - Prosiłabym, by położna tuż po porodzie położyła mi dziecko na brzuchu.
 - Chciałabym móc jeść i pić podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań.
 - Chciałabym uniknąć wywoływania porodu, chyba że ze względów medycznych, będzie to konieczne.
 - Proszę o nieprzebijanie pęcherza płodowego, chyba że będzie to konieczne.
 - Chciałabym, jeśli to tylko możliwe, uniknąć wszelkich środków zmieniających świadomość.
-

OCHRONA KROCZA

- Wolęłabym nie mieć nacinanego krocza, chyba że będzie to konieczne.
 - Wolęłabym mieć nacięte krocze.
-

CESARSKIE CIĘCIE

- Jeśli cesarskie cięcie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji.
 - Wolęłabym uniknąć cesarskiego cięcia, chyba że będzie ono konieczne.
 - Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła być obecna podczas zabiegu.
-

PO PORODZIE

- Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę.
 - Proszę pozwolić, aby pępowina samoistnie przestała pulsować, zanim się ją przetnie.
 - Chciałabym, aby dziecko było cały czas ze mną w pokoju.
 - Chciałabym, aby dziecko było ze mną w pokoju w ciągu dnia, a w nocy na sali noworodkowej.
 - Chciałabym trzymać moje dziecko blisko - „skóra przy skórze” przez pierwsze godziny po porodzie.
 - Chciałabym, żeby zabiegi wykonywane przy dziecku były w miarę możliwości wykonywane w mojej obecności.
 - Jeśli konieczne będzie, by badanie dziecka odbyło się poza moim pokojem chciałabym, by towarzyszyła mu stale osoba towarzysząca.
-

OPIEKA NOWORODKOWA

- Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć karmić od razu po porodzie.
- Proszę nie dokarmiać dziecka bez uzgodnienia tego wcześniej ze mną.
- Proszę nie podawać dziecku smoczka.
- Chciałabym wiedzieć więcej o karmieniu piersią.
- Nie planuję karmić piersią.

Podpis pacjentki:

Proszę zaznaczyć wybrane przez Panią punkty - X