PLAN PORODU

Imię i nazwisko rodzącej

……………………………………………………………………………………………………………

Lekarz / położna sprawująca opiekę w okresie ciąży

…………………………………………………………………………………………………………..

Osoba towarzysząca przy porodzie

…………………………………………………………………………………………………………..

- Zależy mi, aby nie wykonywano żadnych zabiegów przygotowujących do porodu (lewatywa, golenie krocza), chyba że o nie poproszę:

tak nie

- zależy mi, aby mojej osobie towarzyszącej udzielano informacji o postępie porodu

tak nie

- zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu:

tak nie

**Poród – I okres**

Jeżeli nie ma przeciwwskazań medycznych:

- chciałabym swobodnie poruszać się i przyjmować dowolne pozycje:

tak nie

- chciałabym korzystać z piłki, worka sako, hydromasażu, prysznica bez ograniczeń:

tak nie

- chciałabym mieć dostęp do znieczulenia wziewnego – Entonoxu:

tak nie

- chciałbym przyjmować doustne napoje w czasie I okresu porodu (płyny klarowne, niegazowane):

tak nie

- jeżeli zaistnieje konieczność podania mi kroplówki lub monitorowania stanu dziecka, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji

tak nie

- zgadzam się na podanie oksytocyny, przebicie pęcherza i stałe monitorowanie KTG, gdy moja sytuacja będzie tego wymagała, po uprzednim wyjaśnieniu mi powodów zastosowania tych interwencji:

tak nie

**Poród – II okres**

- chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w drugim okresie porodu:

tak nie

- wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny, tylko ze wskazań medycznych:

tak nie

- wyrażam zgodę na nacięcie krocza tylko ze wskazań medycznych, po wcześniejszym poinformowaniu mnie o tym:

tak nie

- zależy mi, aby w trakcie rodzenia się dziecka obecny był tylko niezbędny personel:

tak nie

**Poród – III okres**

- chciałbym, aby osoba towarzysząca miała możliwość przecięcia pępowiny:

tak nie

**Po porodzie**

- chciałabym, aby moje dziecko było u mnie na brzuchu w kontakcie „skóra do skóry” tak długo, jak będziemy tego potrzebowali:

tak nie

- chciałabym karmić dziecko zaraz po urodzeniu:

tak nie

- proszę o przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego w późniejszym czasie, po zakończeniu pierwszego kontaktu, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych:

tak nie

Inne życzenia, oczekiwania związane z porodem i połogiem:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data i podpis pacjentki Data i podpis położnej