

**PLAN PORODU**

**Imię i nazwisko**………………………………………………………..

………………………………………………………………………….

**Osoba towarzysząca w trakcie porodu** (imię i nazwisko; kim jest: partner/mąż/doula/przyjaciółka)

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Zgadzam się na obecność studentów | TAK [ ]  NIE [ ]  |

I okres porodu

|  |  |
| --- | --- |
| * + Chciałabym jeść i pić w trakcie porodu jeżeli będę czuła taką potrzebę
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * + Chcę być aktywna i preferuję wertykalne pozycje w trakcie czynności skurczowej
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * + Chciałabym korzystać ze sprzętów takich jak: piłka, drabinka, worek sako, materac;
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * + W pierwszej kolejności chciałabym móc łagodzić ból niefarmakologicznymi metodami takimi jak: TENS, masaż i ruch, aromaterapia, muzykoterapia.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * + Zgadzam się na skorzystanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego:

 znieczulenie dożylne znieczulenie wziewne | TAK [ ]  NIE [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * + Chciałabym, aby w porodzie mogła towarzyszyć mi bliska osoba.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * + W razie konieczności wdrożenia procedur takich jak: stosowanie oksytocyny; przebicie pęcherza płodowego; ciągłego zapisu KTG - proszę o poinformowanie oraz wyjaśnienie mi konieczności ich zastosowania i wdrożenie po uzyskaniu mojej zgody.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * + Proszę o ograniczenie badań ginekologicznych do niezbędnego minimum.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |

II okres porodu

|  |  |
| --- | --- |
| * Chciałabym wybrać pozycję porodową uwzględniającą moje potrzeby.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * Proszę o wdrożenie w przebiegu porodu czynności zwiększających szanse na ochronę krocza. W sytuacji uzasadnionej medycznie wyrażam zgodę na nacięcie krocza.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * Proszę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * W sytuacjach uzasadnionych medycznie wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy (próżnociąg położniczy) lub operacyjny (cięcie cesarskie).
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |

III i IV okres porodu

|  |  |
| --- | --- |
| * Chciałabym pozostać z dzieckiem w kontakcie ,,skóra do skóry” w sposób nieprzerwany od momentu porodu, przez dwie godziny.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * Chciałabym, aby pępowina była przecięta po ustaniu tętnienia.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * Proszę, aby osoba towarzysząca mogła pozostać ze mną i dzieckiem przez cały czas na sali porodowej.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * Chciałabym, aby w razie cięcia cesarskiego osoba towarzysząca mogła kangurować dziecko.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |

Po porodzie

|  |  |
| --- | --- |
| * Chciałabym karmić wyłącznie piersią, proszę o nie podawanie mojemu dziecku mleka modyfikowanego
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * Nie chcę karmić piersią, proszę o udostępnienie mi mleka modyfikowanego w celu karmienia dziecka.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * Proszę o pokazanie mi jak mam przewijać dziecko.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
| * Jeżeli moje dziecko nie będzie mogło przebywać ze mną, proszę o pomoc w pobraniu siary i podaniu jej dziecku w przeciągu pierwszej godziny od porodu.
 | TAK [ ]  NIE [ ]  |
|  |  |
|  |  |