

# PLAN PORODU



Imię i nazwisko:

Termin porodu:

## MÓJ STAN ZDROWIA

Miałam pobrany wymaz z pochwy w kierunku *Streptococcus agalactiae* (GBS) – wynik.....

Choruję/leczę się na:

Hospitalizacje w trakcie ciąży:

Leki przyjmowane w trakcie ciąży:

Poprzednie ciąży i porody (rok, poród naturalny/cięcie cesarskie/poronienie, tydzień w którym zakończyła się ciąża, waga dziecka, punktacja Apgar, stan zdrowia dziecka/choroby)

Chcę rodzić z bliską osobą (jeśli tak, proszę wpisać imię i nazwisko)

Chcę aby przy porodzie towarzyszyła mi wybrana położna/doula

## OSOBY OBECNE PODCZAS PORODU

TAK

NIE

NIEZDECYDOWANA

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

Zależy mi, aby osobie towarzyszącej udzielano informacji o postępie porodu

Wyrażam zgodę na obecność studentów

Zależy mi na tym, aby podczas porodu obecne były tylko niezbędne osoby z personelu medycznego

## PRZYGOTOWANIE DO PORODU

TAK

NIE

NIEZDECYDOWANA

Proszę, aby przy przyjęciu do porodu wykonano mi lewatywę

Proszę, aby przy przyjęciu do porodu ogolono mi krocze

Wyrażam zgodę na założenie wenflonu przy przyjęciu na salę porodową

## PORÓD

TAK

NIE

NIEZDECYDOWANA

Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu

Zależy mi, aby mój poród przebiegał naturalnie, bez interwencji medycznych

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

Zanim zostanie podana mi oksytocyna lub zostanie przebity pęcherz płodowy, chciałabym spróbować naturalnych sposobów stymulowania porodu, takich jak ruch, czy masaż brodawek sutkowych

Proszę pytać mnie o zgodę na wszystkie badania i zabiegi podczas porodu

Chciałabym jeść i pić w trakcie porodu, jeśli nie będzie przeciwwskazań

Chciałabym bankować krew pępowinową i mam ze sobą zestaw do jej pobrania (na sali porodowej dostępne są zestawy awaryjne)

## PIERWSZY OKRES PORODU

TAK

NIE

NIEZDECYDOWANA

Chciałabym mieć swobodę poruszania się w pierwszym okresie porodu

Chciałabym mieć możliwość korzystania z wanny/prysznicza

Chciałabym mieć możliwość korzystania ze sprzętów, takich jak piłka, drabinka, materac, worek sako, aparat TENS

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |            |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------|
| Chciałabym móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu takich jak: masaż wykonywany przez osobę bliską, prysznic, immersja wodna, techniki oddechowe, pozycje wertykalne, aromaterapia, muzykoterapia, przezskórna stymulacja nerwów – TENS, ciepłe i zimne okłady |            |            |                       |
| Chciałabym móc skorzystać z gazu wziewnego jako sposobu łagodzenia bólu                                                                                                                                                                                                           |            |            |                       |
| Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego                                                                                                                                                                                                                       |            |            |                       |
| Jeśli zostanie podane mi znieczulenie zewnątrzoponowe, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji                                                                                                                                               |            |            |                       |
| <b>DRUGI OKRES PORODU</b>                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIEZDECYDOWANA</b> |
| Chciałabym mieć możliwość wyboru dogodnej pozycji                                                                                                                                                                                                                                 |            |            |                       |
| Chciałabym przeć spontanicznie, zgodnie z tym, jak podpowiada mi instynkt                                                                                                                                                                                                         |            |            |                       |
| Proszę o instruowanie mnie w trakcie parcia                                                                                                                                                                                                                                       |            |            |                       |
| W momencie wyłaniania się główki dziecka, chciałabym jej dotknąć                                                                                                                                                                                                                  |            |            |                       |
| Zależy mi na ochronie krocza                                                                                                                                                                                                                                                      |            |            |                       |
| Wyrażam zgodę na nacięcie krocza w uzasadnionej medycznie sytuacji                                                                                                                                                                                                                |            |            |                       |
| <b>TRZECI OKRES PORODU</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIEZDECYDOWANA</b> |
| Zależy mi, by towarzysząca mi osoba mogła przeciąć pępowinę                                                                                                                                                                                                                       |            |            |                       |
| Zależy mi, by pępowina została przecięta dopiero, gdy przestanie tętnić                                                                                                                                                                                                           |            |            |                       |
| Zanim zostaną podane mi środki naskurczowe, chciałabym spróbować urodzić łożysko samodzielnie                                                                                                                                                                                     |            |            |                       |
| <b>CIECIE CESARSKIE</b>                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIEZDECYDOWANA</b> |
| Jeżeli cięcie cesarskie będzie konieczne, chcę zostać w pełni poinformowana o wskazaniach do jego wykonania                                                                                                                                                                       |            |            |                       |
| Zależy mi na jak najszybszym kontakcie skóra do skóry, jeśli stan noworodka na to pozwoli                                                                                                                                                                                         |            |            |                       |
| Chciałabym aby dziecko było kangurowane przez osobę bliską                                                                                                                                                                                                                        |            |            |                       |
| Chciałabym przystawić dziecko do piersi tak szybko, jak to będzie możliwe                                                                                                                                                                                                         |            |            |                       |
| <b>PO PORODZIE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIEZDECYDOWANA</b> |
| Zależy mi, by towarzysząca mi osoba mogła przeciąć pępowinę                                                                                                                                                                                                                       |            |            |                       |
| Zależy mi, by pępowina została przecięta dopiero, gdy przestanie tętnić                                                                                                                                                                                                           |            |            |                       |
| Chciałabym, aby moje dziecko było w kontakcie „skóra do skóry” przez pierwsze 2 godziny po porodzie                                                                                                                                                                               |            |            |                       |
| Proszę zważyć i zmierzyć moje dziecko po zakończeniu kontaktu „skóra do skóry”                                                                                                                                                                                                    |            |            |                       |
| Chciałabym nakarmić dziecko piersią jeszcze w sali porodowej                                                                                                                                                                                                                      |            |            |                       |
| Zależy mi, aby moje dziecko zostało owinięte w pieluszki, które przyniosłam z domu                                                                                                                                                                                                |            |            |                       |
| Proszę o dokonanie oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar podczas kontaktu „skóra do skóry”                                                                                                                                                                               |            |            |                       |
| Zgadzam się na przeprowadzenie u mojego dziecka profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka (zabieg Credego)                                                                                                                                                                    |            |            |                       |
| Zgadzam się na podanie mojemu dziecku witaminy K                                                                                                                                                                                                                                  |            |            |                       |
| Jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych, proszę o przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego mojego dziecka po zakończeniu pierwszego kontaktu                                                                                                                                |            |            |                       |
| <b>NA ODDZIALE POŁOŻNICZYM</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIEZDECYDOWANA</b> |
| Chciałabym, aby dziecko było cały czas ze mną w pokoju                                                                                                                                                                                                                            |            |            |                       |
| Zależy mi, aby mojemu dziecku przyniosłam, które przyniosłam                                                                                                                                                                                                                      |            |            |                       |
| Chciałabym zostać poinstruowana, jak dbać o kikut pępowiny oraz jak przewijać i kąpać dziecko                                                                                                                                                                                     |            |            |                       |
| Chciałabym, aby kąpiel dziecka i inne czynności pielęgnacyjne oraz ewentualne badania i zabiegi odbywały się w obecności mojej lub ojca dziecka                                                                                                                                   |            |            |                       |

|                                                                                       |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Zależy mi na pełnej informacji o stanie zdrowia mojego dziecka                        |  |  |  |
| Zgadzam się na szczepienie mojego dziecka                                             |  |  |  |
| Planuję karmić piersią                                                                |  |  |  |
| Nie wyrażam zgody na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym                 |  |  |  |
| Proszę o pomoc w zakresie prawidłowego przystawienia dziecka do piersi                |  |  |  |
| Jeśli będzie taka konieczność, to chciałabym skorzystać z pomocy doradcy laktacyjnego |  |  |  |
| Proszę nie podawać smoczka mojemu dziecku                                             |  |  |  |
| <b>POZOSTAŁE OCZEKWIANIA</b>                                                          |  |  |  |
|                                                                                       |  |  |  |

W planie porodu uwzględniłam ważne dla mnie aspekty związane z porodem i pobytem w szpitalu. Będę wdzięczna, jeśli sprawując opiekę nade mną i moim dzieckiem, uwzględnią Państwo nasze potrzeby. Zdaję sobie sprawę, że poród bywa nieprzewidywalny i realizacja niektórych punktów mojego planu porodu może nie być możliwa. W takiej sytuacji proszę o pełną informację, by mieć możliwość podjęcia najlepszych dla mnie decyzji.

.....  
**Podpis**