

PLAN PORODU – PLANOWE CIĘCIE CESARSKIE



Imię i nazwisko:

Termin porodu:

Wskazania do cięcia cesarskiego:

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:

Uczestniczyłam w zajęciach szkoły rodzenia

TAK

NIE

Uczęszczałam na edukację u położnej POZ

TAK

NIE

Poprzednie ciążę i porody (data/ rok, poród naturalny/cięcie cesarskie/poronienie, tydzień w którym zakończyła się ciąża, waga dziecka, punktacja Apgar, ew. stan zdrowia dziecka/ choroby przewlekłe):

Chcę, aby podczas cięcia cesarskiego towarzyszyła mi osoba bliska
(jeśli tak, proszę wpisać imię i nazwisko)

PRZYGOTOWANIE DO PORODU

TAK

NIE

NIEZDECYDOWANA

Chciałabym mieć wykonaną lewatywę przed cięciem cesarskim

Wyrażam zgodę na golenie podbrzusza przed cięciem cesarskim

CIĘCIE CESARSKIE

TAK

NIE

NIEZDECYDOWANA

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

Zgadzam się na przeprowadzenie u mojego dziecka profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka (zabieg Credego)

Zgadzam się na podanie mojemu dziecku witaminy K domięśniowo

Chciałabym, aby moje dziecko było ze mną w kontakcie „skóra do skóry” na sali cięć cesarskich

Chciałabym, aby dziecko było kangurowane przez osobę bliską na oddziale położniczym

Chciałabym przystawić dziecko do piersi tak szybko, jak to będzie możliwe

Jeśli będzie taka możliwość, to proszę o zrobienie dla mnie pamiątkowych zdjęć podczas cięcia cesarskiego

NA ODDZIALE POŁOŻNICZYM

TAK

NIE

NIEZDECYDOWANA

Chciałabym, aby dziecko było cały czas ze mną w pokoju

Zależy mi, aby moje dziecko nosiło ubranka, które przyniosłam

Chciałabym zostać poinstruowana, jak dbać o kikut pępownicy oraz jak przewijać, 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			
Wyrażam zgodę na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym			
Proszę o pomoc w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi			
Jeśli będzie taka konieczność, to chciałabym skorzystać z pomocy doradcy laktacyjnego			
Wolałabym nie podawać smoczka mojemu dziecku			
POZOSTAŁE OCZEKIWANIA			

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 pacjentki

.....
Data i podpis położnej