

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:

Uczestniczyłam w zajęciach szkoły rodzenia

TAK

NIE

Uczęszczałam na edukację u położnej POZ

TAK

NIE

Poprzednie ciąży 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 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 płodowego 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 (<i>na sali porodowej dostępne są zestawy awaryjne</i>)			
PIERWSZY OKRES PORODU	TAK	NIE	NIEZDECYDOWANA
Chciałabym mieć swobodę poruszania się w pierwszym okresie porodu			
Chciałabym mieć możliwość korzystania z wanny/prysznica			
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 (zapis KTG), 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, przeskórna 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			
DRUGI OKRES PORODU	TAK	NIE	NIEZDECYDOWANA
Proszę o przygaszenie światła i wyciszenie w chwili, gdy dziecko będzie przychodzić na świat			
Chcę mieć możliwość wyboru dogodnej pozycji w drugim okresie porodu			
W drugim okresie porodu chcę 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			
TRZECI OKRES PORODU	TAK	NIE	NIEZDECYDOWANA
Jeśli konieczne będzie szycie krocza, proszę o zastosowanie miejscowego znieczulenia			
Zanim zostaną podane mi środki naskurczowe, chciałabym spróbować urodzić łożysko samodzielnie			
CIĘCIE CESARSKIE	TAK	NIE	NIEZDECYDOWANA
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, jeśli jego stan na to pozwoli			
Chciałabym nakarmić dziecko jak najszybciej po porodzie, jeśli będzie to możliwe			

PO PORODZIE	TAK	NIE	NIEZDECYDOWANA
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”, gdy dziecko będzie leżało na moim brzuchu			
Zgadzam się na przeprowadzenie profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka (zabieg Credego) u mojego dziecka po porodzie			
Zgadzam się na podanie mojemu dziecku witaminy K domięśniowo			
Jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych, proszę o przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego mojego dziecka dopiero po zakończeniu kontaktu „skóra do skóry”			
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 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			
Wyrażam zgodę 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			
Wyrażam zgodę na podawanie 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