



MÓJ PLAN PORODU

Imię i Nazwisko

Lekarz/Położna prowadząca ciążę

Ważne informacje (choroby, przyjmowane leki)

.....

.....

.....

Poniższy plan porodu jest listą moich preferencji i oczekiwań. Jestem świadoma i akceptuję fakt, że ze względów medycznych może nie być w pełni zrealizowany. Wiem, że będę informowana przez cały okres pobytu w szpitalu o sytuacjach wymagających jego modyfikacji oraz o konieczności alternatywnego postępowania.

Chcę rodzić w towarzystwie bliskiej osoby:

☐ TAK

☐ NIE

Osobą towarzyszącą będzie Mąż, Partner, Doula lub inna wybrana przeze mnie osoba towarzysząca.

I OKRES PORODU

1. Chciałabym mieć możliwość korzystania z naturalnych metod łagodzenia bólu: dogodna pozycja, spacer, kotłowanie się, aktywność fizyczna z wykorzystaniem piłki, worka sako, drabinki, materaca.

☐ TAK

☐ NIE

2. Chciałabym skorzystać z nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu: masaż, TENS, muzykoterapia, immersja wodna, aromaterapia, akupresura.

☐ TAK

☐ NIE

3. Chciałabym skorzystać z farmakologicznych metod łagodzenia bólu:

A) analgezja wziewna - gaz Entonox

☐ TAK

☐ NIE

B) dożylna opioidy

☐ TAK

☐ NIE

C) znieczulenie zewnątrzoponowe

☐ TAK

☐ NIE

4. Proszę o wykonanie lewatywy.

☐ TAK

☐ NIE

5. Proszę o usunięcie owłosienia łonowego.

☐ TAK

☐ NIE

6. Jeżeli nie będzie bezwzględnej konieczności chciałabym uniknąć stałego monitorowania tętna płodu (ciągły zapis KTG). W sytuacji kiedy zaistnieje taka konieczność chciałabym zachować możliwość poruszania się na Sali Porodowej.

☐ TAK

☐ NIE

7. Jeżeli zaistnieje konieczność, zgadzam się na zastosowanie następujących działań i procedur medycznych:
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| A) Preindukcja i indukcja porodu | ☐ TAK | ☐ NIE |
| B) Wzmocnienie czynności skurczowej oksytocyną | ☐ TAK | ☐ NIE |
| C) Wykonanie amniotomii - przebicie pęcherza płodowego | ☐ TAK | ☐ NIE |
8. Wiem o możliwości spożywania lekkostrawnych posiłków oraz przyjmowaniu klarownych płynów w trakcie porodu. Celem zapewnienia bezpieczeństwa sobie i Dziecku na Sali Porodowej omówiłam tę sposobność z osobą sprawującą opiekę.

II OKRES PORODU

1. Jeżeli nie będzie przeciwwskazań chciałabym rodzić w wybranej przeze mnie pozycji.
- ☐ TAK ☐ NIE
2. Jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby chciałabym uniknąć stałego monitorowania tętna płodu.
- ☐ TAK ☐ NIE
3. Proszę o ochronę krocza, jeśli nie będzie wskazań medycznych do jego nacięcia.
- ☐ TAK ☐ NIE
4. Chciałabym przeć spontanicznie tak, jak podpowiada mi ciało.
- ☐ TAK ☐ NIE
5. Proszę o wskazówki dotyczące parcia, modyfikację pozycji i pomoc w trakcie II okresu porodu, jeżeli będzie tego wymagała moja sytuacja.
- ☐ TAK ☐ NIE
6. Wiem, że będę na bieżąco informowana o postępie porodu, o konieczności zastosowania procedur medycznych i że zostaną mi udzielone odpowiedzi na pojawiające się pytania.

III i IV OKRES PORODU

1. Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę.
- ☐ TAK ☐ NIE
2. Jeśli nie będzie przeciwwskazań, proszę o nieprzerwany kontakt "skóra do skóry" przez cały okres pobytu na sali porodowej.
- ☐ TAK ☐ NIE
3. Pragnę karmić piersią, proszę o pomoc i umożliwienie mi tego jeszcze na sali porodowej.
- ☐ TAK ☐ NIE
4. Moje dodatkowe potrzeby i życzenia nieuwjęte w planie porodu:
-
-
-

Podpis Pacjentki

.....

Podpis Położnej

.....