Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu

MÓJ PLAN PORODU

Imię i nazwisko: .....

Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.
Zdaję sobie sprawę, że jeśli przed porodem lub w czasie porodu wystąpią komplikacje lub wskazania medyczne do zastosowania określonych procedur, dla bezpieczeństwa oraz dobra matki i dziecka **plan porodu może ulec zmianie.**

	PORÓD	**Proszę zaznaczyć**
1.	Proszę o wykonanie przed porodem zabiegów higienicznych po uprzednim wyjaśnieniu zalet i celowości tych zabiegów (wlew przeczyszczający, golenie krocza)	☐ TAK ☐ NIE
2.	Zależy mi na tym, by personel szpitala uzgadniał ze mną procedury medyczne przed ich wykonaniem	☐ TAK ☐ NIE
3.	Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, korzystania z toalety, prysznica, piłki podczas pierwszego okresu porodu, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych	☐ TAK ☐ NIE
4.	Chciałabym mieć możliwość picia wody podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań.	☐ TAK ☐ NIE
5.	Wolałabym uniknąć indukcji i/lub stymulacji porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne	☐ TAK ☐ NIE
6.	Proszę o nieprzebijanie błon płodowych, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne	☐ TAK ☐ NIE
7.	Chciałabym wypróbować naturalne sposoby wywołania porodu, przed zastosowaniem medycznych metod	☐ TAK ☐ NIE
8.	Chciałabym, aby badania były ograniczone do minimum, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych	☐ TAK ☐ NIE
9.	Chciałabym, aby na sali porodowej panował spokój, aby zachowano moją intymność	☐ TAK ☐ NIE
10.	Zależy mi na tym, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie, jaki będzie mi nakazywał instynkt, jeśli poród będzie przebiegał w sposób prawidłowy	☐ TAK ☐ NIE
11.	Zależy mi na tym, aby uniknąć nacięcia krocza, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych	☐ TAK ☐ NIE
12.	Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła robić zdjęcia mi i noworodkowi, za zgodą personelu medycznego	☐ TAK ☐ NIE
	PO PORODZIE	
13.	Proszę o położenie dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej zaraz po porodzie, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych	☐ TAK ☐ NIE
14.	Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę (jeżeli będzie chciała)	☐ TAK ☐ NIE
15.	Jeśli nie będzie przeciwwskazań proszę o odpępnienie noworodka po ustaniu tętnienia pępowiny	☐ TAK ☐ NIE
	OPIEKA NOWORODKOWA	
16.	Zależy mi na tym, aby dziecko było w kontakcie skóra-do-skóry przez pierwsze dwie godziny po porodzie, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych	☐ TAK ☐ NIE
17.	Jeśli to możliwe, proszę ocenić stan dziecka na moim brzuchu	☐ TAK ☐ NIE
18.	Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas, jeżeli nie ma przeciwwskazań	☐ TAK ☐ NIE
	KARMIENIE PIERSIĄ	
19.	Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć od razu po porodzie	☐ TAK ☐ NIE
20.	Proszę nie dokarmiać dziecka bez mojej zgody	☐ TAK ☐ NIE

W trakcie omawiania planu porodu udzielono mi instruktażu na temat niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu i technik relaksacyjnych.

Uwagi lub inne sugestie:

pieczątka i podpis osoby omawiającej plan porodu

podpis pacjentki

Wydanie 1 z dnia: 10.12.2021