

## TWÓJ PLAN PORODU

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Chciałabym, aby mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem godności osobistej.

***Poniższy plan porodu jest listą moich preferencji i oczekiwań.***

Jestem świadoma i akceptuję fakt, że ze względów medycznych i organizacyjnych może nie zostać w pełni zrealizowany.

Data: ..... Podpis pacjentki:.....

Proszę informować mnie o przebiegu porodu, proponowanych lekach i procedurach medycznych oraz ewentualnych zagrożeniach dotyczących mnie i mojego dziecka.

Tak  Nie

Chcę rodzić w towarzystwie bliskiej osoby

Tak  Nie

Imię i nazwisko: .....

### I okres porodu

1. Proszę o udostępnienie mi pojedynczej sali do porodu

Tak  Nie

2. Proszę o możliwość korzystania z urządzeń dostępnych w Sali Porodowej

Prysznic/wanna	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Worek sako	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Piłka porodowa	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Krzeseło porodowe:	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Materac:	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

3. Wyrażam zgodę na - proszę o: wykonanie lewatywy przed porodem

Tak  Nie

4. Wyrażam zgodę - proszę o: na usunięcie owłosienia krocza w miejscu jego ewentualnego nacięcia

Tak  Nie

5. Proszę o umożliwienie przyjmowania przeze mnie dogodnej pozycji (spacerowanie, pozycja kuczna, kolankowo-łokciowa, pionowa, siedząca, kąpiel w ciepłej wodzie, pozycja w kłku podpartym, inne:

Tak  Nie

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

nr Pac.: .....

6. Proszę o monitorowanie stanu płodu za pomocą KTG w sytuacjach uzasadnionych medycznie

Tak Nie 

7. Wyrażam zgodę na zastosowanie następujących działań i procedur medycznych
- a. preindukcji i indukcji porodu

Tak Nie 

- b. wzmocnienia czynności skurczowej macicy za pomocą oksytocyny

Tak Nie 

- c. przebicie pęcherza płodowego

Tak Nie 

8. Proszę o znieczulenie bólu porodowego dostępnymi w Sali Porodowej metodami

Tak Nie 

9. Proszę o możliwość przyjmowania doustnie płynów

Tak Nie 

## II okres porodu

1. Proszę o umożliwienie przyjmowania przeze mnie dogodnej pozycji (leżąca na plecach, leżąca na boku, kuczna, kolankowo-łokciowa, pionowa, w klęku podpartym)

Tak Nie 

2. Proszę o ochronę krocza

Tak Nie 

3. Wyrażam zgodę na nacięcie krocza wyłącznie w przypadku absolutnej konieczności

Tak Nie 

4. Proszę o umożliwienie przecięcia pępowiny przez osobę towarzyszącą mi w czasie porodu

Tak Nie

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

nr Pac.: .....

**III i IV okres porodu**

1. Proszę o nieprzerwany kontakt z dzieckiem po porodzie w Sali Porodowej

Tak Nie 

2. Proszę o umożliwienie i pomoc w karmieniu dziecka piersią bezpośrednio po porodzie

Tak Nie **Okres pogoju**

1. Proszę o umożliwienie nieprzerwanego pobytu z dzieckiem

Tak Nie 

2. Proszę o umożliwienie obecności przy wszystkich zabiegach pielęgnacyjnych i badaniach dziecka

Tak Nie 

3. Proszę o bieżące informacje na temat stanu zdrowia dziecka, podjętych działaniach diagnostycznych i leczniczych

Tak Nie 

4. Chciałabym karmić dziecko wyłącznie piersią

Tak Nie 

5. Proszę o umożliwienie kontaktu z rodziną w czasie pobytu w Oddziale Położniczym

Tak Nie **Inne:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data: .....

Podpis Pacjentki: .....