

Imię nazwisko:

PESEL:

Przewidywany termin porodu:

PLAN PORODU

Napisany przeze mnie Plan Porodu przedstawia moje oczekiwania związane z porodem. Będę wdzięczna, jeśli sprawując opiekę nade mną i moim dzieckiem wezmą go Państwo pod uwagę. Rozumiem, że podczas porodu może okazać się, że niektórych punktów nie uda się zrealizować. W takiej sytuacji bardzo proszę o pełną informację oraz możliwość przeanalizowania sytuacji i podjęcia przeze mnie odpowiedniej decyzji.

1. Osoba towarzysząca:

2. Lekarz prowadzący ciążę:

3. Mój stan zdrowia:

a) jest to moja ciąża

b) jest to mój poród

c) data ostatniej miesiączki:

d) grupa krwi:

e) jestem uczulona na:

f) wynik posiewu z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców w czasie ciąży (dodatni/ujemny).....

g) mam problemy ze wzrokiem (wada wzroku, przebyte operacje)

h) mam cukrzycę ciążową

i) podczas obecnej ciąży byłam hospitalizowana na oddziale patologii ciąży – przyczyna:

j) podczas obecnej ciąży byłam hospitalizowana na innym oddziale szpitalnym – nazwa oddziału, przyczyna:

k) inne moje choroby:

4. Poród:

wstawienie znaku x w polu poniżej potwierdza informację lub moją prośbę

Chciałabym, aby osoba towarzysząca była ze mną przy wszystkich zabiegach oraz aby udzielano jej informacji o postępie porodu.

Zależy mi na tym, aby poród przebiegał naturalnie.

Chciałabym mieć swobodę poruszania się w pierwszym okresie porodu oraz móc korzystać ze sprzętów takich jak piłka czy materac oraz z wanny bądź prysznicza.

Chciałabym mieć możliwość przyjęcia dogodnej dla mnie pozycji w drugim okresie porodu np. na krzeselku porodowym.

Nie chciałabym korzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego. Proszę o proponowanie mi w pierwszej kolejności naturalnych i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Jeśli będzie możliwość i uzasadnienie, chętnie skorzystam z aparatu tens i spróbuję gazu rozweselającego.

Zależy mi na ochronie krocza, ale wyrażam zgodę na nacięcie po uprzednim poinformowaniu i tylko jeśli będzie taka konieczność.

Jeśli nie będzie wyraźnych względów medycznych chciałabym uniknąć wywoływania porodu, w tym przebijania pęcherza płodowego oraz podawania Oxytocyny.

Nie wyrażam zgody na tzw. chwyt Kristellera.

- Zależy mi na uniknięciu cesarskiego cięcia, ale jeśli będzie ono konieczne, chciałabym zostać o wszystkim dokładnie poinformowana.
- Zależy mi, aby pępowina została przecięta przez męża (jeśli wyrazi taką chęć) dopiero wtedy, gdy przestanie tętnić.
- Proszę o konsultację w sprawie podania środków przyspieszających wydalenie łożyska. Ewentualne środki, jeśli wspólnie zdecydujemy o ich podaniu, proszę podać po urodzeniu dziecka.
- W razie wątpliwości w kwestii wydalenia całości łożyska, proszę o dodatkową konsultację. Zdecydowanie wolę uniknąć kontrolnego łyżeczowania.
- Zależy mi na informowaniu o wszystkich planowanych badaniach i zabiegach moich i dziecka oraz każdorazowej możliwości wyrażenia na nie zgody.

5. Noworodek:

- Proszę o wykonanie wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar podczas kontaktu „skóra do skóry”, gdy dziecko będzie leżało na moim brzuchu. Zależy mi na nieprzerwanym, co najmniej dwugodzinnym kontakcie z dzieckiem bezpośrednio po porodzie. W przypadku cesarskiego cięcia proszę o możliwość oddania dziecka do „kangurowania” osobie towarzyszącej.
- Nie wyrażam zgody na zabieg Credego.
- Nie wyrażam zgodę na podanie wit. K poprzez iniekcję domięśniową
- Chciałabym, aby kąpiel dziecka i inne czynności pielęgnacyjne oraz ewentualne badania i zabiegi odbywały się w obecności mojej lub ojca dziecka.
- Nie wyrażam zgody na dokarmianie lub dopajanie dziecka. Jeśli zaistnieją ku temu medyczne wskazania, proszę o uprzednią rozmowę ze mną na ten temat.
- Wyrażam zgodę na szczepienie dziecka w szpitalu.

6. Po powrocie do domu:

Miejsce, w którym przebywać będę razem z dzieckiem:

.....

Przychodnia POZ: NZOZ Centrum A.Krzymianowska S.Noweta Sp.j. ul. Koźmińska 9, 98-290 Warta, NIP: 8272312083, REGON: 366054080, +43 8294887, rejestracja@nzozcentrumwarta.pl

Położna sprawująca nad nami opiekę po porodzie: Kamila Janiszewska

7. Dodatkowe informacje:

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

.....
data

.....
podpis