



# PLAN PORODU

Plan porodu, który znajduje się poniżej jest listą **moich osobistych oczekiwań** związanych z porodem i pobytem w szpitalu. Chciałabym, aby ten plan porodu ułatwił współdziałanie między mną a personelem medycznym i sprawi, że poród będzie dla mnie i mojego dziecka najlepszym z możliwych. Rozumiem, że realizacja planu porodu będzie możliwa tylko wtedy, kiedy nie będzie przeciwwskazań medycznych i pozwoli na to mój stan ogólny, położniczy i dobrostan dziecka. W takiej sytuacji chciałabym prosić o pełną informację i mieć możliwość analizy sytuacji i podejmowania decyzji.

■ **Imię i nazwisko** .....

■ **Lekarz (położna) prowadzący ciążę**

Imię Nazwisko : .....

■ **Położna POZ**, która potwierdziła objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie przez wpis do karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Imię Nazwisko : .....

■ **Osoba towarzysząca w trakcie porodu (kim jest? – mąż/partner, przyjaciółka, siostra):**

Imię Nazwisko: .....

■ **Inna osoba towarzysząca (doula, położna), jeśli ich obecność jest planowana dodatkowo podczas porodu:**

Imię Nazwisko: .....

■ **Pragnę, aby cały mój poród przebiegał w warunkach umożliwiających zachowanie intymności, z poszanowaniem godności osobistej mojej i mojego dziecka:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

■ **Chciałabym być informowana, przez cały okres pobytu, o planowanych procedurach, zagrożeniach i stosowanych lekach, dotyczących mnie i dziecka:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

## I OKRES PORODU

**1. Chciałabym przyjmować doustnie płyny (pić) w trakcie trwania I okresu porodu:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**2. Chcę zachować możliwość bycia aktywną i preferuję wertykalne pozycje w trakcie czynności skurczowej I okresu porodu:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**3. Pragnę korzystać w trakcie fazy rozwierania szyjki macicy z przysznica, piłki, drabinek, worka sako i innych pomocy niemedyceycznych:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**4. Jestem zainteresowana wykorzystaniem aparatu TENS, w celu złagodzenia dolegliwości związanych z czynnością skurczową:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**5. Chciałabym mieć możliwość skorzystania z analgezji wziewnej (tzw. „gaz rozweselający”) w celu złagodzenia dolegliwości związanych z czynnością skurczową:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**6. Dopuszczam możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego porodu:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**7. Zależy mi na możliwości pełnego uczestnictwa osoby towarzyszącej, za jej zgodą, z możliwością czasowego wyłączenia się z porodu – wyjścia z sali porodowej (np. w trakcie badań, w trakcie II okresu porodu):**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**8. Wolałabym uniknąć stałego zapisu KTG, jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**9. Jeśli sytuacja położnicza i dobrostan dziecka na to pozwalają, wolałabym uniknąć wywoływania i wspomaganie czynności skurczowej farmakologicznymi metodami:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

**10. Wolałabym uniknąć przebijania błon płodowych:**

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

## II OKRES PORODU

1. Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie przez cały czas trwania drugiego okresu porodu:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

2. Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji:

3. Chciałabym mieć możliwość odbycia porodu w wodzie:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

4. Jeśli będzie to możliwe, pragnę uniknąć nacięcia krocza:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

5. Wołałabym uniknąć stałego zapisu KTG, jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

6. Zależy mi na instrukcjach udzielanych przez personel medyczny w trakcie skurczy partych:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

7. W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny

(próznociąg położniczy, kleszcze, cięcie cesarskie):

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

## III i IV OKRES PORODU

1. Pragnę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

2. Jeśli nie będzie przeciwwskazań zależy mi na nieprzerwanym kontakcie skóra do skóry od momentu porodu, przez cały okres pobytu w sali porodowej (2 godziny) i rozpoczęciu karmienia piersią tak szybko jak tylko będzie to możliwe:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

3. Jeśli będzie to możliwe, proszę opóźnić ważenie i mierzenia dziecka do zakończenia kontaktu skóra do skóry:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

## PO PORODZIE

1. Zgodnie z moimi preferencjami i wiedzą na temat żywienia noworodka chciałabym, aby umożliwiono mi karmienie:

- karmienie piersią
- karmienie mlekiem modyfikowanym
- Bez znaczenia

2. Zależy mi na karmieniu wyłącznie piersią i proszę o pomoc w czasie laktacji:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

2. Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu profilaktyki zakażenia przedniego odcinka oka (dawniej zabieg Credego) u dziecka:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

3. Wyrażam zgodę na podanie witaminy K u dziecka:

- TAK
- NIE
- Bez znaczenia

3. Wyrażam zgodę na wykonanie szczepień u dziecka zgodnie z programem szczepień:

- TAK
- NIE
- Nie wiem, chciałabym podjąć decyzję po uzyskaniu bardziej szczegółowych informacji po porodzie

Informacje

dodatkowe .....

.....  
.....

.....  
Data i podpis

Plan porodu został omówiony i dostosowany do aktualnej sytuacji położniczej.

.....  
Data, podpis i pieczęć osoby omawiającej plan porodu