PLAN PORODU

DANE OSOBOWE:

Nazywam się…….

PESEL: …….....

Ciąża…….Poród…….Poronienia……

MÓJ STAN ZDROWIA:

- ☐ Miałam pobierany wymaz na paciorkowce
- ☐ Mam grupę krwi Rh-
- ☐ Choruję na:……..
- ☐ Przyjmuję leki:…….....

WYWOŁYWANIE PORODU

- ☐ Przy porodzie będzie mi towarzyszyć mąż/partner/przyjaciółka/matka/doula.
- ☐ Nie będę rodzić w towarzystwie bliskiej osoby.
- ☐ Chciałbym uniknąć wywoływania porodu, chyba że będzie to konieczne ze względów medycznych.
- ☐ Chciałabym wypróbować naturalne metody wywoływania porodu: chodzenie, stymulacja brodawek nim zostanie podłączona mi oksytocyna dożylnie
- ☐ Chciałabym uniknąć przebijania pęcherza płodowego, chyba że będzie to konieczne

ZNIECZULENIE

- ☐ Chciałbym skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego
- ☐ Chciałabym aby podano mi Dolargan
- ☐ Chciałbym uniknąć podania środków wpływających na moją świadomość
- ☐ Proszę o podanie mi leków przeciwbólowych, gazu w trakcie I okresu porodu

PORÓD

- ☐ Wyrażam/nie wyrażam zgody na obecność studentów przy moim porodzie
- ☐ Proszę o wykonanie/nie wykonanie lewatywy oraz golenia
- ☐ Proszę o informowanie mnie na bieżąco o postępie porodu
- ☐ Proszę o uzgodnienie ze mną wszystkich zabiegów medycznych, zanim będą one wykonane
- ☐ Chciałabym móc poruszać się , zmieniać pozycję przy porodzie oraz korzystać z prysznica w trakcie I okresu porodu
- ☐ Chciałabym móc jeść i pić podczas porodu jeśli nie ma do tego przeciwwskazań

- ☐ Jeśli stan dziecka będzie dobry proszę aby wysłuchiwano czynności jego serca co 15 minut , a nie stale
- ☐ Proszę ograniczyć do minimum ilość badań dopochwowych
- ☐ Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej
- ☐ Chciałabym przeć w taki sposób i w takim rytmie jak nakazuje mi mój instynkt, jeśli nie będzie do tego przeciwwskazań
- ☐ Chciałabym dotknąć główkę dziecka w trakcie rodzenia
- ☐ Chciałabym o przygaszenie świateł oraz wyciszenie w chwili w której dziecko będzie przychodzić na świat
- ☐ Chciałabym aby osoba towarzysząca mogła robić zdjęcia i filmować poród

OCHRONA KROCZA

- ☐ Wolałabym uniknąć nacinania krocza, chyba że będzie to konieczne
- ☐ Wolałabym mieć niewielkie pęknięcie niż nacinanie krocza
- ☐ Wolałabym mieć nacięte krocze niż ryzykować jego pęknięciem
- ☐ Proszę o miejscowe znieczuleniu podczas szycia krocza

CIĘCIE CESARSKIE

- ☐ Wolałabym uniknąć cięcia cesarskiego, chyba że będzie to konieczne
- ☐ W przypadku konieczności wykonania tego zabiegu proszę o poinformowanie mnie o jego przyczynach

PO PORODZIE

- ☐ Chciałabym aby osoba towarzysząca przecięła pępowinę
- ☐ Chcę zdeponować krew pępowinową w banku krwi

NOWORODEK

- ☐ Chciałabym przez pierwsze dwie godziny po porodzie trzymać dziecko na brzuchu tzw. skóra przy skórze
- ☐ Proszę o zważenie i zmierzenie dziecka po zakończeniu pierwszego kontaktu
- ☐ Chciałabym aby wszystkie zabiegi dziecka były wykonywane w mojej obecności
- ☐ W przypadku badań dokonywanych poza moją salą proszę o możliwość obecności osoby mi towarzyszącej
- ☐ Proszę o ubranie dziecka w moje prywatne ubranka

KARMIENIE

- ☐ Planuję karmić piersią i chciałbym móc je rozpocząć zaraz po porodzie
- ☐ Nie planuję karmić piersią
- ☐ Proszę nie dokarmiać dziecka bez mojej zgody

- ☐ Proszę nie podawać dziecku smoczka
- ☐ Chciałbym móc skorzystać z pomocy położnej laktacyjnej

INNE……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

podpis lekarza/położnej podpis pacjentki