
NAZWISKO I IMIĘ

PESEL

LEKARZ (POŁOŻNA) PROWADZĄCY CIAŻĘ

PORÓD

Zależy mi na tym, by personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie procedury medyczne zanim zostaną wykonane.

TAK NIE

Zależy mi, aby nie wykonywano żadnych zabiegów przygotowujących do porodu (lewatywa, golenie krocza, chyba że o nie poproszę.

TAK NIE

Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety w trakcie pierwszego okresu porodu.

TAK NIE

Zgadzam się na podanie oksytocyny, przebicie pęcherza płodowego i stałe monitorowanie KTG, gdy moja sytuacja będzie tego wymagała, po uprzednim wyjaśnieniu mi powodów zastosowania tych interwencji.

TAK NIE

Chciałabym, aby badania przez pochwową były ograniczone do koniecznego minimum.

TAK NIE

Zależy mi, aby w trakcie rodzenia był tylko niezbędny personel.

TAK NIE

Chciałabym móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, takich jak masaż przez osobę towarzyszącą, prysznic, imersja wodna, piłka położnicza, tens.

TAK NIE

Chciałabym móc jeść i pić podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań.

TAK NIE

Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego.

TAK NIE

Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej w drugim okresie porodu.

TAK NIE

Proszę o nie nacinanie krocza, chyba, że będzie to konieczne ze wskazań medycznych.

TAK NIE

Wolałabym mieć nacięte krocze.

TAK NIE

W momencie wylaniania się główki, chciałabym jej dotknąć.

TAK NIE

PLAN PORODU

Proszę o możliwość skorzystania z prysznicza.

TAK NIE

PO PORODZIE

Chciałabym, aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę.

TAK NIE

Jeśli to możliwe, proszę ocenić stan dziecka na moim brzuchu.

TAK NIE

Chciałabym, aby od razu po porodzie rozpoczął się kontakt "skóra do skóry" tak długo jak to będzie możliwe.

TAK NIE

Proszę o pomoc w jak najszybszym przystawieniu dziecka do piersi.

TAK NIE

Chciałabym, żeby zabiegi dotyczące mojego dziecka były w miarę możliwości wykonywane w mojej obecności.

TAK NIE

KARMIENIE PIERSIĄ

Proszę, aby dziecko było cały czas ze mną na sali.

TAK NIE

Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć karmić od razu po porodzie.

TAK NIE

Proszę również o pomoc w przewijaniu i pielęgnacji noworodka ponieważ jest to moje pierwsze dziecko.

TAK NIE

Nie wyrażam zgody na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym, jednocześnie proszę o pomoc w karmieniu piersią.

TAK NIE

Chciałabym się spotkać z doradcą laktacyjnym.

TAK NIE

Planuję karmić piersią.

TAK NIE

Jestem świadoma, iż plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.

Jeśli pojawią się różne okoliczności, plan porodu może ulec zmianie.

.....
Data i podpis