

## PLAN PORODU

Imię i nazwisko.....

Lekarz prowadzący ciążę.....

Osoba towarzysząca przy porodzie.....

Moją położną jest.....

Gabinet/poradnia NZOZ MEDIPOZ Czerwionka-Leszczyny, ul. 3 Maja 36C tel. tel. 32 4312974, 32 4331475

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

**Jeśli przed porodem lub w czasie porodu wystąpią komplikacje lub wskazania medyczne do zastosowania określonych procedur, dla bezpieczeństwa oraz dobra matki i dziecka plan porodu może ulec zmianie.**

### PORÓD

Odpowiedz na poniższe zagadnienia	Zaznacz TAK lub NIE
1. Chciałabym rodzić z osobą towarzyszącą.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Chciałabym być informowana przez cały okres pobytu w szpitalu o planowanych czynnościach, zagrożeniach i stosowanych lekach dotyczących mnie i dziecka.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Zależy mi na tym, aby podczas porodu obecne były tylko niezbędne osoby z personelu medycznego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Chcę być na bieżąco informowana o postępie porodu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Zgadzam się na podanie kroplówki z oksytocyną, leków naskurczowych, przebicie pęcherza płodowego jeśli moja sytuacja będzie tego wymagała.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Zgadzam się na zabiegi przygotowujące do porodu (lewatywa, golenie krocza).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7. Chciałabym, aby badania przez pochwowe były ograniczone do koniecznego minimum.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8. Zależy mi, aby w trakcie rodzenia był tylko niezbędny personel.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9. Podczas porodu chcę być aktywna i skorzystać z naturalnych sposobów przynoszących ulgę: swobody poruszania się, masażu, słuchania muzyki, wody (wanna, prysznic, piłki).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10. Chciałabym móc jeść i pić podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11. Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12. Wyrażam zgodę na nacięcie krocza.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

### CESARSKIE CIĘCIE

1. Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Chciałabym, by osoba towarzysząca mogła być obecna podczas operacji lub najdłużej jak się da do momentu zabrania mnie na salę operacyjną.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Zależy mi, by mieć możliwość jak najszybszego pierwszego kontaktu z dzieckiem jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Jeśli będzie to możliwe, chciałabym, aby dziecko zostało oddane na ręce osoby towarzyszącej od razu po porodzie i mogło być z nią w kontakcie „skóra do skóry”.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Jeśli będzie to możliwe, chciałabym nakarmić dziecko jak najszybciej po porodzie.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

### PO PORODZIE

1. Proszę o położenie dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej zaraz po porodzie.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Chciałabym, aby osoba towarzysząca jeśli tego chce mogła przeciąć pępowinę.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Chcę, aby położna przecięła pępowinę.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Proszę o miejscowe znieczulenie przy zszywaniu krocza.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Chciałabym, aby zapewniono mi nieprzerwalny kontakt „skóra do skóry” przez cały czas pobytu na Sali porodowej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Jak to możliwe, proszę ocenić stan dziecka na moim brzuchu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7. Chciałabym, żeby zabiegi dotyczące mojego dziecka były w miarę możliwości wykonywane w mojej obecności.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8. Chciałabym zostać dokładnie poinstruowana jak mam przewijać i kąpać dziecko.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9. Proszę nie dokarmiać dziecka mieszanką modyfikowaną bez uzgodnienia tego wcześniej ze mną.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10. Zamierzam karmić moje dziecko wyłącznie piersią.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11. Wyrażam zgodę na podanie mleka modyfikowanego mojemu dziecku, jednakże każdorazowo proszę wcześniej mnie poinformować o potrzebie dokarmienia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12. Chciałabym się spotkać z doradcą laktacyjnym.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Inne uwagi i sugestie pacjentki: .....

.....

.....

Data: .....

Podpis:.....