

PLAN PORODU

IMIĘ i NAZWISKO………............................................................................................

PESEL……………………………………………….CIĄŻA.........................PORÓD......................

OSOBA TOWARZYSZĄCA PODCZAS PORODU........................................................................

1. Proszę o uzgadnianie ze mną wszystkich procedur medycznych i informowanie mnie   
   o aktualnej sytuacji położniczej

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

\*\*w zależności od sytuacji zdaję się na sugestie i doświadczenie personelu.

1. Proszę o udzielanie informacji o postępie porodu osobie mi towarzyszącej

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

1. Chciałabym by poród przebiegał z zachowaniem intymności, w obecności tylko niezbędnych osób z personelu medycznego

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

1. 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 NIE MAM ZDANIA\*\*

1. Chcę skorzystać z niefarmakologicznych sposobów uśmierzania bólu (prysznic, piłka, masaż wykonywany przez osobę towarzyszącą)

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

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

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

1. Podczas porodu chcę mieć możliwość chodzenia i zmiany pozycji

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

1. Proszę aby położna prowadząca mój poród omówiła ze mną pozycje porodowe   
   w II okresie.

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

1. Wyrażam zgodę na nacięcie krocza

TAK - tylko w uzasadnionym przypadku NIE\* NIE MAM ZDANIA\*\*

\* Przyjmuję do wiadomości, że brak nacięcia krocza (poród z ochroną krocza) może wiązać się z koniecznością wydłużenia okresu rodzenia główki, wymaga od rodzącej współpracy z położną prowadzącą poród i dobrej kondycji rodzącego się dziecka (prawidłowe tętno płodu). Brak nacięcia, nie gwarantuje braku obrażeń krocza i często wiąże się z koniecznością szycia samoistnego (mniejszego lub większego) pęknięcia.

11. Zależy mi, by towarzysząca mi osoba mogła przeciąć pępowinę

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

12. Proszę o zapewnienie mi i mojemu dziecku 2 godzinnego kontaktu „skóra do skóry” od razu po porodzie

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

13. Proszę o wykonanie jakichkolwiek czynności przy moim dziecku, np. ważenie dopiero po 2 godzinach kontaktu „skóra do skóry”

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

14. W sytuacji gdy kontakt „skóra do skóry” byłby niemożliwy ze mną proszę o kontynuwanie go z moją osobą towarzyszącą

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

15. Proszę o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi na sali porodowej

TAK NIE NIE MAM ZDANIA\*\*

Moje dodatkowe uwagi: ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych. Wszelkie uwagi   
i życzenia nie uwzględnione w planie porodu omówię z położną prowadzącą poród.

Podpis Pacjentki..........................................................................................