

PLAN PORODU

Nazwisko i imię pacjentki

Która ciąża?

Który poród?

Osoba towarzysząca w trakcie porodu (mąż, partner, rodzina, doula itp.)

Plan porodu jest wstępną listą osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.

Plan może ulec zmianie, adekwatnej do stanu położniczego.

PORÓD

TAK	NIE	
		Wykonanie lewatywy
		Wykonanie golenia owłosienia łonowego
		Założenie wkłucia (wenflonu)
		Podanie leków naskurczowych tj. ocytocyny
		Prowadzenie aktywnego porodu poprzez chodzenie lub zajmowanie dogodnych pozycji
		Wybór metody łagodzenia bólu
		Kąpiel pod prysznicem
		Masaż
		Worek Sako
		Piłka
		Drabinka
		Entox - gaz rozweselający
		Badania przez pochwę ograniczone do minimum
		Przyjmowanie płynów doustnych
		Swoboda wyboru pozycji do porodu
		Parcie wyłącznie na odruchu instynktownym
		Nacięcie krocza
		Ochrona krocza
		Położenie noworodka bezpośrednio po porodzie na brzuchu matki

	Przecięcie pępowiny po ustaniu tętnienia wykonane przez:
	Osobę towarzyszącą
	Samą rodzącą
	Personel medyczny
	Urodzenie łożyska w sposób naturalny
	Stały kontakt z noworodkiem po porodzie
	Pierwsze karmienie dziecka natychmiast po porodzie
	Karmienie dziecka wyłącznie piersią
	W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy (próżnociąg położniczy, kleszcze)
	Pragnę mieć możliwość kontaktu z najbliższymi zgodnie z regulaminem tego oddziału
	Inne uwagi kobiety rodzącej:

OPIEKA NOWORODKOWA

	Kontakt „skóra do skóry” przez pierwsze 2 godziny po porodzie
	Ocena stanu dziecka po porodzie w mojej obecności
	Nie mam doświadczenia w opiece nad noworodkiem, więc proszę o pomoc i opiekę ze strony personelu
	Inne uwagi:

KARMIENIE PIERSIĄ

	Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć karmić od razu po porodzie
	Proszę nie dokarmiać dziecka bez uzgodnienia tego wcześniej ze mną
	Chciałabym wiedzieć więcej o karmieniu piersią
	Chciałabym pomocy i wsparcia przeszkolonych położnych
	Proszę nie podawać dziecku smoczka
	Inne uwagi:

.....
czytelny podpis pacjentki

.....
data i podpis położnej
konsultującej Plan

.....
data i podpis lekarza
konsultującej Plan