Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

MÓJ PLAN PORODU

Imię i Nazwisko:……

Termin porodu:……

Imię i Nazwisko osoby towarzyszącej podczas porodu:…… ☐ Chcę rodzić sama

W Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu realizujemy Standard Opieki Okołoporodowej oraz obowiązujące Standardy Opieki nad Noworodkiem:

- ✓ Podczas porodu ma Pani możliwość picia i jedzenia.
- ✓ Będziemy Panią informować o planowanych procedurach, postępie porodu, zagrożeniach i stosowanych lekach dotyczących Pani i dziecka na każdym etapie porodu.
- ✓ Zachęcamy do aktywności podczas porodu.
- ✓ Unikamy nacinania krocza, jeśli nie ma takich wskazań medycznych.
- ✓ Wykonamy u Pani dziecka profilaktykę rzeżączkowego zapalenia spojówek.
- ✓ Po porodzie zostanie Pani z dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry" przez cały okres pobytu w Sali Porodowej. Noworodek zostanie tylko osuszony i okryty pieluszkami, a położna wykona jego pomiary po zakończeniu kontaktu „skóra do skóry" (o ile nie będzie przeciwwskazań medycznych).

Zachęcamy do stworzenia indywidualnego planu porodu. Prosimy o zakreślenie punktów, które odpowiadają Pani oczekiwaniom. Ułatwi nam to współpracę, a my zrobimy wszystko co w naszej mocy, aby poród był dla Pani i dziecka najlepszy z możliwych.

Przygotowanie do porodu:

Proszę o ogolenie krocza

☐ tak ☐ nie

Proszę o wykonanie lewatywy

☐ tak ☐ nie

Poród:

Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu

☐ tak ☐ nie

Zależy mi, aby mój poród przebiegał naturalnie, bez interwencji

☐ tak ☐ nie

Zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego

☐ tak ☐ nie

Proszę pytać mnie o zgodę na wszystkie badania i zabiegi podczas porodu

☐ tak ☐ nie

Zależy mi, aby ograniczyć liczbę badań przez pochwę

☐ tak ☐ nie

Zależy mi na ograniczeniu ilości osób uczestniczących w moim porodzie do minimum

☐ tak ☐ nie

Zależy mi na swobodnym wydawaniu dźwięków podczas porodu

☐ tak ☐ nie

Chce rodzić w takiej pozycji, jaką podpowie mi moje ciało

☐ tak ☐ nie

Jestem otwarta na użycie krzesełka porodowego

☐ tak ☐ nie

Jestem przygotowana i chce rodzić z użyciem gwizdka

☐ tak ☐ nie

Zależy mi na ochronie krocza

☐ tak ☐ nie

Chciałabym, aby mąż/partner przeciął pępowinę

☐ tak ☐ nie

W przypadku cięcia cesarskiego chciałabym, aby mój mąż/partner kangurował dziecko

☐ tak ☐ nie

Łagodzenie bólu porodowego:

W pierwszej kolejności chciałabym korzystać z naturalnych metod łagodzenia bólu porodowego

☐ tak ☐ nie

Jestem otwarta na stosowanie:

☐ aromaterapia ☐ masaż ☐ kontr ucisk ☐ imersja wodna

☐ TENS ☐ ciepłe lub zimne okłady ☐ piłka, worek sako, maty

Chętnie skorzystam z gazu rozweselającego (podtlenek azotu)

☐ tak ☐ nie

Jeśli będę tego potrzebować, chciałabym otrzymać znieczulenie do porodu

☐ tak ☐ nie

Po porodzie:

Chce przystawić dziecko do piersi jak najszybciej po porodzie

☐ tak ☐ nie

Nie planuje karmić dziecka piersią, proszę o uszanowanie mojej decyzji

☐ tak ☐ nie

Chciałabym zostać poinstruowana przez położną, jak mam przewijać i kąpać dziecko

☐ tak ☐ nie

Zależy mi na instruktażu dotyczącym technik i pozycji do karmienia piersią

☐ tak ☐ nie

Szczepienia:

Zgadzam się na szczepienie dziecka

☐ tak ☐ nie

Zależy mi, aby szczepienie dziecka odbyło się w obecności mojej lub ojca dziecka

☐ tak ☐ nie

Powyższy plan porodu jest listą moich preferencji i oczekiwań. Jestem świadoma i akceptuję fakt, że ze względów medycznych i organizacyjnych może nie zostać w pełni zrealizowany.

Data……. Podpis pacjentki …….