

## ***PLAN PORODU***

IMIĘ I NAZWISKO.....

CIAŻA .....PORÓD.....

TERMIN PORODU wg OM..... wg USG.....

LEKARZ/POŁOŻNA PROWADZĄCY/A CIAŻĘ

.....

OSOBA TOWARZYSZĄCA PODCZAS PORODU

.....

1. Chciałabym aby moja osoba towarzysząca :

- Była obecna przy wszystkich wykonywanych przy mnie zabiegach
- Była obecna przy wybranych przeze mnie zabiegach

2. Wyrażam zgodę na to, by podczas porodu towarzyszyli mi studenci, stażyści.

- Tak
- Nie

3. W ramach przygotowania do porodu:

- Wyrażam zgodę na wykonanie lewatywy
- Wyrażam zgodę na ogolenie krocza

4. Chciałabym się swobodnie poruszać podczas trwania całego porodu

- Tak
- Nie

5. Chciałabym korzystać z immersji wodnej (prysznic) podczas porodu:

- Tak
- Nie

6. Wyrażam zgodę na zastosowanie kroplówki z oksytocyny:

- Tak
- Nie

7. Proszę o nieprzerwanie pęcherza płodowego w sposób zabiegowy

- Tak
- Nie

8. Proszę o podanie farmakologicznych środków łagodzących ból

- Tak
- Nie

9. Proszę o znieczulenie zewnątrzoponowe

- Tak
- Nie
- W zależności od natężenia bólu

10. Chciałabym korzystać z pozycji wertykalnych podczas całego porodu (piłka, drabinki, pozycja leżąca na lewym boku, pozycja kolankowo-łokciowa, pozycja kuczna)

- Tak
- Nie

11. Wolałabym uniknąć nacięcia krocza

- Tak
- Nie

12. Chciałabym aby pępowina została przecięta dopiero po tym jak przestanie sama tętnić:

- Tak
- Nie

13. Chciałabym aby pępowina została przecięta przez osobę towarzyszącą mi podczas porodu:

- Tak
- Nie

14. Życzę sobie po porodzie pełnego, nieprzerwanego kontaktu z dzieckiem (skóra do skóry):

- Tak
- Nie

15. Jeżeli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji:

- Tak
- Nie

16. Chciałabym aby po cięciu cesarskim ojciec dziecka kanguruwał noworodka:

- Tak
- Nie

17. Chciałabym karmić piersią od razu po porodzie:

- Tak
- Nie

18. W miarę możliwości, chciałabym karmić piersią od razu po cięciu cesarskim:

- Tak
- Nie

19. Proszę o udzielenie pomocy i wsparcia podczas wystąpienia problemów z laktacją

- Tak
- Nie

Jestem świadoma, że mój Plan Porodu jest dokumentem zawierającym moje preferencje oraz oczekiwania dotyczące porodu i zostanie wykonany, gdy nie będzie przeciwwskazań medycznych do jego realizacji.

.....

Data oraz podpis ciężarnej

.....

Podpis lekarza/położnej