



CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA
Szpital i Przychodnia św. Zofii

MÓJ PLAN PORODU

www.szpitalzelazna.pl



Imię i nazwisko: Termin porodu:

Imię i nazwisko osoby towarzyszącej podczas porodu:

Będę rodzić bez osoby towarzyszącej.

Preferowane miejsce porodu: Blok Porodowy Dom Narodzin

WAŻNE!

W Szpitalu Specjalistycznym św. Zofii w Warszawie w pełni realizujemy **Standard Opieki Okołoporodowej oraz przestrzegamy praw pacjenta.**

- Będziemy Panią informować o planowanych procedurach, postępie porodu, zagrożeniach i stosowanych lekach dotyczących Pani i dziecka na każdym etapie porodu.
- Podczas porodu ma Pani możliwość picia płynów.
- Po porodzie zostanie Pani z dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez cały okres pobytu w Bloku Porodowym lub Domu Narodzin. Noworodek zostanie tylko osuszony i okryty pieluszkami, a położna wykona jego pomiary po zakończeniu kontaktu „skóra do skóry” (o ile nie będzie przeciwwskazań medycznych).
- Unikamy stałego monitorowania tętna płodu – ciągłego zapisu KTG, o ile nie ma wskazań medycznych.
- Unikamy nacinania krocza, jeśli nie ma takich wskazań 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.

MOJA WIZJA PRZEBIEGU PORODU

Podczas porodu proszę, aby personel medyczny uzgadniał ze mną wszelkie procedury medyczne zanim zostaną wykonane:

TAK NIE

Zależy mi na naturalnym przebiegu porodu, proszę o zminimalizowanie wszelkich interwencji medycznych:

TAK NIE

Na każdym etapie porodu chciałabym mieć możliwość wyboru dogodnej dla mnie pozycji porodowej:

TAK NIE

Podczas porodu chcę być aktywna i proszę o możliwość skorzystania z naturalnych sposobów łagodzenia bólu:

TAK NIE

Jeżeli nie będzie przeciwwskazań medycznych, chciałabym skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego:

TAK NIE

Jeżeli nie będzie przeciwwskazań, chciałabym urodzić dziecko do wody:

TAK NIE

Zależy mi na tym, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę:

TAK NIE



CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA
Szpital i Przychodnia św. Zofii



Pragnę karmić dziecko piersią i proszę o umożliwienie mi tego jeszcze w sali porodowej:

TAK NIE

Nie planuję karmić dziecka piersią i proszę o uszanowanie mojej decyzji:

TAK NIE

W miarę możliwości, chciałabym po ukończonym porodzie w momencie kontaktu „skóra do skóry”, mieć zrobione przez personel zdjęcie pamiątkowe:

TAK NIE

CIĘCIE CESARSKIE

(wynikające ze wskazań medycznych podczas porodu)

Jeśli nie będzie przeciwwskazań, proszę o umożliwienie mi kontaktu „skóra do skóry” z dzieckiem.

TAK NIE

Jeśli będzie konieczność wykonania cięcia cesarskiego chciałabym, aby drugi rodzic miał możliwość kangurowania noworodka:

TAK NIE

Droga Pacjentko!

Jeśli na jakimkolwiek etapie porodu lub pobytu w naszym Szpitalu będzie Pani mieć pytania czy wątpliwości – prosimy pytać. Jeśli chciałaby Pani zmienić zdanie odnośnie do zaznaczonych opcji w planie porodu – ma Pani takie prawo, prosimy tylko nas o tym poinformować.

Jesteśmy tu dla Pani.



MOJE DODATKOWE ŻYCZENIA I OCZEKIWANIA

Powyższy „Mój plan porodu” został omówiony z położną/lekarzem. Jestem świadoma, że mogą wystąpić sytuacje kiedy realizacja zapisów „Mojego planu porodu” będzie niemożliwa – ze względu na bezpieczeństwo moje i dziecka.*

.....
data i podpis położnej / lekarza

.....
data i podpis pacjentki

* dokument „Mój plan porodu” zostanie dołączony do Historii Pobytu Pacjenta i będzie integralną częścią Pani dokumentacji medycznej.