

MÓJ PLAN PORODU



CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA
Szpital i Przychodnia św. Zofii

Poniższy plan porodu jest listą moich osobistych potrzeb i oczekiwań. Zdaję sobie sprawę, że ich realizacja będzie możliwa tylko wtedy, gdy nie będzie przeciwwskazań medycznych.

Mam nadzieję, że ten plan ułatwi współpracę między mną a personelem medycznym, a poród będzie dla mnie i mojego dziecka najlepszym z możliwych.

Imię i nazwisko: _____

Termin porodu: _____

Lekarz/położna prowadząca ciążę: _____

Imię nazwisko położnej (jeżeli została wcześniej wybrana): _____

1

Osoba towarzysząca podczas porodu (można zaznaczyć kilka):

- Mąż/partner _____ Będę rodzić sama
- Inna osoba (przyjaciółka, doula) _____

2

Preferowane miejsce porodu:

- Blok Porodowy Dom Narodzin Bez znaczenia

3

Chciałabym, aby podczas całego pobytu w szpitalu zapewniono mi intymność oraz poszanowanie godności osobistej mojej i mojego dziecka.

4

Chciałabym być informowana, przez cały okres pobytu, o planowanych procedurach, zagrożeniach i stosowanych lekach, dotyczących mnie i dziecka:

- Tak Nie Bez znaczenia

I OKRES PORODU

1

Chciałabym mieć możliwość picia płynów:

Tak

Nie

Bez znaczenia

2

Jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby chciałabym uniknąć stałego monitorowania tętna płodu (ciągły zapis KTG):

Tak

Nie

Bez znaczenia

3

Podczas porodu chcę być aktywna i mieć możliwość skorzystania z naturalnych sposobów przynoszących ulgę: swobody poruszania się, masażu, słuchania muzyki, immersji wodnej, piłki, worka sako, krzeselka porodowego, drabinek, aparatu TENS:

Tak

Nie

Bez znaczenia

4

Proszę o możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego w razie potrzeby:

Tak

Nie

Tylko kiedy sama o nie poproszę

5

Jeśli nie będzie bezwzględnej konieczności, chciałabym uniknąć jakiegokolwiek formy wywołania porodu:

Tak

Nie

Bez znaczenia

6

Niezgodne z moją wizją I okresu porodu jest:

II OKRES PORODU

1

Chciałabym mieć możliwość picia płynów:

Tak

Nie

Bez znaczenia

2

Jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby chciałabym uniknąć stałego monitorowania tętna płodu (ciągły zapis KTG):

Tak

Nie

Bez znaczenia

3

Chciałabym sama wybrać dogodną dla mnie pozycję w II okresie porodu:

Tak

Nie

Bez znaczenia

4

Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji wertykalnej:

Tak

Nie

Bez znaczenia

5

Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka do wody:

Tak

Nie

Bez znaczenia

6

Jeśli będzie to możliwe chciałabym uniknąć nacięcia krocza:

Tak

Nie

Bez znaczenia

7

Niezgodne z moją wizją II okresu porodu jest:

III i IV OKRES PORODU

1

Jeśli nie będzie przeciwwskazań, pragnę pozostać z moim dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez cały okres pobytu na sali porodowej / w Domu Narodzin:

Tak Nie Bez znaczenia

2

Jeśli nie będzie przeciwwskazań, proszę o umożliwienie mi kontaktu „skóra do skóry” z dzieckiem także w wypadku zakończenia porodu cięciem cesarskim:

Tak Nie Bez znaczenia

3

Jeśli nie będzie przeciwwskazań, proszę o przecięcie pępowiny dopiero w chwili, kiedy przestanie tętnić:

Tak Nie Bez znaczenia

4

Pragnę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka:

Tak Nie Bez znaczenia

5

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

Tak Nie Bez znaczenia

PO PORODZIE

1

Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w oddziale położniczym:

Tak Nie Bez znaczenia

Dziękuję za zapoznanie się z moimi oczekiwaniami.

podpis: _____