

PLAN PORODU

Imię i nazwisko:

Poniższy 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. W naszym szpitalu opiekę nad pacjentkami realizujemy zgodnie z obowiązującym **Standardem Opieki Okołoporodowej**.

☐ Planuję rodzić z bliską mi osobą

☐ Planuję rodzić sama

Proszę o jasne i zrozumiałe informacje dotyczące postępowania medycznego

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Proszę o czas na zastanowienie i przedyskutowanie na osobności moich wyborów z osobą towarzyszącą

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Proszę aby osoba towarzysząca była ze mną przy wszystkich/wybranych* procedurach medycznych wykonywanych u mnie np. badanie ginekologiczne (*niewłaściwe skreślić)

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Wyrażam zgodę na ciągły zapis KTG, gdy wystąpią do tego wskazania medyczne

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Chcę być aktywna w trakcie porodu

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Chcę jeść i pić w trakcie porodu

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Proszę o zminimalizowanie interwencji medycznych do niezbędnego minimum

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Proszę aby w pierwszej kolejności zaproponować mi niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu. Chciałabym skorzystać z:

☐ aromaterapia

☐ ciepłe/zimne okłady

☐ imersja wodna

☐ TENS (posiadam aparat)

☐ masaż i uciski

☐ inne:

☐ **nie chcę** korzystać z metod niefarmakologicznych

Chciałabym skorzystać z farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego

☐ ENTONOX (tzw. gaz rozweselający) ☐ znieczulenie zewnątrzoponowe

☐ **nie chcę** korzystać z metod farmakologicznych

Zależy mi na ochronie krocza w trakcie porodu. Zgadzam się na jego nacięcie jedynie w sytuacji, gdy zaistnieją istotne wskazania medyczne

☐ tak ☐ nie ☐ bez znaczenia

Chciałabym przeć w taki sposób jak podpowiada mi instynkt (tzw. parcie spontaniczne)

☐ tak ☐ nie ☐ bez znaczenia

Proszę aby położna wydawała mi instrukcje podczas parcia (tzw. parcie kierowane)

☐ tak ☐ nie ☐ bez znaczenia

Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji, w której urodzę

☐ tak ☐ nie ☐ bez znaczenia

Chciałabym aby osobą towarzyszącą przecięła pępowinę

☐ tak ☐ nie ☐ bez znaczenia

Jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych, proszę o umożliwienie pełnego (2-godzinnego) kontaktu skóra do skóry po porodzie. Zależy mi, aby czynności tj. ważenie i mierzenie noworodka zostały przeprowadzone dopiero po jego zakończeniu

☐ tak ☐ nie ☐ bez znaczenia

Proszę o zważenie i zmierzenie noworodka w krótkim czasie od porodu przerywając kontakt skóra do skóry zgodny ze standardem opieki okołoporodowej

☐ tak ☐ nie ☐ bez znaczenia

Proszę o wykonanie nam pamiątkowych zdjęć

☐ tak ☐ nie ☐ bez znaczenia

W przypadku nagłej konieczności wykonania cesarskiego cięcia istnieje możliwość pobrania siary (pierwszego mleka) i kangurowania noworodka po zabiegu przez osobę towarzyszącą. Procedury te mogą zostać przeprowadzone, jeśli będzie to bezpieczne dla Ciebie i noworodka oraz po wyrażeniu przez Ciebie zgody.

☐ wyrażam zgodę ☐ nie wyrażam zgody



**Miejsce na dodatkowe informacje dla personelu
związane z moimi oczekiwaniami**

.....
podpis pacjentki

.....
podpis położnej



Praktyczne wskazówki

Dla własnego komfortu i dobrego samopoczucia w trakcie porodu, warto zabrać ze sobą:

- **Przekąski** - lekkie i energetyczne, np. musy owocowe lub owocowo-warzywne, banany, czekolada (bez dodatków typu orzechy czy rodzyнки)
- **Napoje** - woda niegazowana, soki klarowne (bez miąższu), izotoniki, niegazowane słodkie napoje typu lemoniada czy ice-tea
- **Dla osoby towarzyszącej** - wygodne ubranie i obuwie na zmianę (np. klapki), a także coś do jedzenia. Poród może potrwać wiele godzin, dlatego ważne, by bliska osoba również czuła się komfortowo i miała siłę, by wspierać Cię.

Plan opieki poporodowej

Imię i nazwisko:

W naszym oddziale opieka po porodzie odbywa się w systemie **rooming-in**. Oznacza to, że dziecko jest stałe pod opieką matki w trakcie pobytu na oddziale położniczym.

Pierwsze dwa punkty dotyczą sytuacji, w której podczas porodu istniała konieczność wykonania nagłego cięcia cesarskiego.

- ☐ Proszę o umożliwienie mi kontaktu z dzieckiem i osobą bliską od razu po przeniesieniu na salę wzmożonego nadzoru na oddziale położniczym (ok. 2 godzin po zabiegu)
- ☐ Po operacji chciałabym mieć chwilę na odpoczynek. Proszę o przywiezienie mi dziecka po moim uruchomieniu po zabiegu. Jestem świadoma, że ma to wpływ na rozpoczęcie laktacji i zachowanie dziecka po porodzie (ok. 6 godzin po zabiegu)
- ☐ Proszę o instruktaż i pomoc w zakresie prawidłowego przystawiania do piersi
- ☐ Zależy mi na karmieniu piersią. Proszę, aby mleko modyfikowane zostało podane dziecku tylko za moją zgodą
- ☐ Nie chcę karmić piersią. Będę karmiła dziecko mlekiem modyfikowanym
- ☐ W przypadku hipoglikemii (niski poziom cukru we krwi) u noworodka wyrażam zgodę na podanie glukozy po wcześniejszym poinformowaniu mnie i uzyskaniu mojej zgody o ile stan dziecka na to pozwala

Wyrażam zgodę na kąpiel noworodka

- ☐ po 2-godzinach po porodzie
- ☐ po pierwszej dobie życia
- ☐ nie wyrażam zgody na kąpiel noworodka w trakcie pobytu na oddziale

- ☐ Proszę o instruktaż i pomoc w zakresie pielęgnacji noworodka (np. kąpiel, przewijanie)

Dodatkowe informacje dla personelu związane z moimi oczekiwaniami

.....
podpis pacjentki

.....
podpis położnej
oddziału położniczego

.....
podpis położnej
oddziału neonatologicznego