



PLAN PORODU

przy planowym cięciu cesarskim

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, pobranie siary, cewnikowanie (*niewłaściwe skreślić)

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Chcę karmić piersią. Proszę o pobranie siary (pierwszego mleka) i podanie jej mojemu dziecku po cięciu cesarskim

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Chciałabym aby osoba towarzysząca kangurowała dziecko w kontakcie skóra do skóry do 2 godzin po urodzeniu dziecka

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

W miare możliwości proszę o wykonanie Nam pamiątkowych zdjęć

☐ tak

☐ nie

☐ bez znaczenia

Dodatkowe informacje dla personelu związane z moimi oczekiwaniami

.....
podpis pacjentki

.....
podpis położnej

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.

- ☐ 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

