

## Plan porodu

Mam świadomość, że plan porodu to lista moich osobistych preferencji i jest możliwy do realizacji w przypadku braku przeciwwskazań medycznych.

Imię i nazwisko:.....

Termin porodu:.....

Lekarz prowadzący ciążę:.....

Choroby przewlekłe (przyjmowane w związku z tym leki):

.....  
.....  
.....

Leki stosowane w okresie ciąży, hospitalizacji w czasie ciąży (np. 8 t.c. hospitalizacja z powodu plamienia- Luteina, niedokrwistość- Sorbifer):

I trymestr.....

.....  
.....

II trymestr .....

.....  
.....

III trymestr.....

.....  
.....

Uczulenia na leki:.....

.....

Wady genetyczne ( u pacjentki, występujące w rodzinie):.....

.....  
.....

|                                                                                                                                                                                                   | TAK | NIE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Chcę rodzić z wybraną przeze mnie osobą bliską                                                                                                                                                    |     |     |
| Chciałabym móc złagodzić głód w trakcie porodu                                                                                                                                                    |     |     |
| Zależy mi na tym, aby podczas porodu obecne były tylko niezbędne osoby z personelu medycznego                                                                                                     |     |     |
| Wyrażam zgodę na wykonanie wlewu doodbytniczego przed porodem                                                                                                                                     |     |     |
| Wyrażam zgodę na usunięcie owłosienia w miejscu ewentualnego nacięcia                                                                                                                             |     |     |
| Zależy mi aby mój poród przebiegał naturalnie, bez zbędnej medykalizacji                                                                                                                          |     |     |
| Chciałabym mieć możliwość korzystania ze sprzętów takich jak: materac, worek sako, piłka, prysznic                                                                                                |     |     |
| Chcę być aktywna i preferuję pozycje wertykalne w trakcie porodu                                                                                                                                  |     |     |
| Jeśli będzie możliwość chcę skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego                                                                                                                          |     |     |
| Chciałabym urodzić w pozycji uwzględniającej moje potrzeby w danym momencie porodu                                                                                                                |     |     |
| Wolałabym unikać nacięcia krocza                                                                                                                                                                  |     |     |
| W sytuacjach uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy (próżnociąg/kleszcze)                                                                                            |     |     |
| Zależy mi aby osoba towarzysząca podczas porodu mogła przeciąć pępowinę                                                                                                                           |     |     |
| Proszę aby położna tuż po porodzie położyła mi dziecko na brzuchu                                                                                                                                 |     |     |
| Chciałabym aby w razie cięcia cesarskiego umożliwiono osobie towarzyszącej kangurowanie noworodka                                                                                                 |     |     |
| Chcę karmić piersią i w razie potrzeby, proszę by udzielono mi pomocy                                                                                                                             |     |     |
| Zgadzam się na wprowadzenie dokarmiania dziecka w trakcie pobytu na oddziale w uzasadnionych sytuacjach                                                                                           |     |     |
| Nie chcę karmić piersią. Proszę o udostępnienie mi mleka modyfikowanego celem karmienia dziecka                                                                                                   |     |     |
| Zgadzam się na wykonanie zabiegów profilaktycznych u mojego dziecka, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia:<br>- profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka<br>- domięśniowa podaż Vit. K |     |     |
| Zgadzam się na obowiązkowe szczepienia ochronne u dziecka                                                                                                                                         |     |     |
| Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w oddziale                                                                                                                 |     |     |

Dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Podpis pacjentki)