



PLAN PORODU

Imię i nazwisko pacjentki Data

PESEL

Lekarz, położna, prowadząca ciążę.....

Kim jest osoba towarzysząca podczas porodu (mąż, partner, siostra, przyjaciółka)

.....

1. Pragnę, aby mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem mojej i mojego dziecka godności osobistej	TAK
	NIE
2. Chciałabym być informowana przez cały okres pobytu o zagrożeniach, planowanych procedurach, stosowanych lekach, dotyczących mnie i mojego dziecka	TAK
	NIE
3. Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych	TAK
	NIE

I OKRES PORODU

1. Chciałabym przyjmować doustnie płyny w trakcie trwania I okresu porodu	TAK
	NIE
2. Chcę zachować możliwość bycia aktywną w trakcie czynności skurczowej I okresu porodu i preferuję pozycje wertykalne	TAK
	NIE
3. Pragnę korzystać w trakcie fazy rozwierania szyjki macicy z piłki, materaca, prysznic i innych pomocy niemedyceńskich	TAK
	NIE
4. Jestem zainteresowana wykorzystaniem aparatu TENS w celu łagodzenia dolegliwości związanych z czynnością skurczową	TAK
	NIE
5. Jestem zainteresowana korzystaniem z Entonoxu (gazu rozweselającego) w celu złagodzenia dolegliwości związanych z czynnością skurczową	TAK
	NIE
6. Zależy mi na możliwości pełnego uczestnictwa osoby towarzyszącej za jej zgodą, z możliwością czasowego wyłączenia się z porodu – wyjścia z sali porodowej np. w trakcie badań, podczas II okresu porodu	TAK
	NIE

7. Mój stosunek do procedur medycznych np.: stosowania oxytocyny w trakcie porodu, przebicia pęcherza płodowego, podawania dożylnego płynów, wykonywania zapisów KTG:

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

8. Zupełnie niezgodne z moją wizją I okresu porodu jest:

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

II OKRES PORODU

1. Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie przez cały czas trwania II okresu porodu	TAK
	NIE
2. Pragnę uniknąć nacięcia krocza	TAK
	NIE
3. Pragnę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka	TAK
	NIE
4. W sytuacjach uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny (próżnociąg położniczy , kleszcze, cięcie cesarskie)	TAK
	NIE

5. Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji:

.....

6. Wykonywanie zapisów KTG i II okresie porodu jest dla mnie sytuacją :

.....

.....

7. Zupełnie niezgodne z moją wizją II okresu porodu jest:

.....

.....

III i IV OKRES PORODU

1. Chciałabym pozostać z dzieckiem w sposób nieprzerwany od momentu porodu Przez cały okres pobytu na Sali Porodowej (2 godziny) z wyłączeniem w tym czasie niekoniecznych czynności medycznych (np. ważenie i mierzenie dziecka)	TAK
	NIE

PO PORODZIE

1. Zgodnie z moimi preferencjami i wiedzą na temat żywienia noworodka, chciałabym aby umożliwiono mi karmienie:

.....

.....

2. Chciałabym pozostać po porodzie dzieckiem w systemie „ROOMING IN”	TAK
	NIE
3. Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu na oddziale położniczym	TAK
	NIE

.....

Data i podpis pacjentki