



Plan Porodu

Imię i nazwisko.....

Lekarz prowadzący ciążę.....

Osoba towarzysząca podczas porodu

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Chcę rodzić z osobą towarzyszącą. | TAK | NIE |
| 2. Chciałabym, aby osoba towarzysząca była obecna podczas całego porodu oraz dwie godziny po porodzie. | TAK | NIE |
| 3. Chciałabym, żeby osobie towarzyszącej udzielano informacji na temat postępu porodu. | TAK | NIE |
| 4. Wyrażam zgodę na obecność uczniów/studentów kierunków medycznych. | TAK | NIE |

Przygotowanie do porodu

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Wyrażam zgodę na wykonanie lewatywy przed porodem. | TAK | NIE |
| 2. Wyrażam zgodę na golenie krocza przed porodem. | TAK | NIE |

Poród

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. Chciałabym być informowana o postępie porodu i niezbędnych procedurach. | TAK | NIE |
| 2. Zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała. | TAK | NIE |
| 3. Chciałabym na bieżąco wyrażać zgodę na wszystkie procedury podczas porodu. | TAK | NIE |
| 4. Zgadzam się na napięcie krocza, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała. | TAK | NIE |
| 5. Chciałabym skorzystać z metod łagodzenia bólu: | | |
| - Entonox | TAK | NIE |
| - Immersja woda/prysznic | TAK | NIE |
| - TENS | TAK | NIE |
| - Aromaterapia | TAK | NIE |
| 6. Zależy mi, żeby pępowina została przecięta po ustaniu jej tętnienia. | TAK | NIE |
| 7. Chciałabym, żeby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę. | TAK | NIE |

Po porodzie

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. Chciałabym, aby moje dziecko pozostało u mnie na brzuchu w kontakcie „skóra do skóry” minimum dwie godziny po porodzie. | TAK | NIE |
| 2. Chciałabym przystawić dziecko do piersi jeszcze na Sali porodowej. | TAK | NIE |
| 3. Jeżeli poród zakończy się drogą cięcia cesarskiego chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła pozostać z dzieckiem w kontakcie „skóra do skóry”. | TAK | NIE |
| 4. Jeżeli poród zakończy się drogą cięcia cesarskiego chciałabym uzyskać kontakt z dzieckiem „skóra do skóry” oraz przystawić je do piersi najszybciej jak to możliwe. | TAK | NIE |
| 5. Chciałabym, żeby wszystkie niezbędne procedury (ważenie/mierzenie) u dziecka odbyły się po kontakcie „skóra do skóry”. | TAK | NIE |
| 6. Chciałabym, żeby dziecko zostało ubrane w rzeczy, które przyniosłam z domu. | TAK | NIE |
| 7. Chciałabym pozostać po porodzie z dzieckiem w systemie rooming-in-matka razem z dzieckiem. | TAK | NIE |
| 8. Chciałabym uzyskać informację na temat ewentualnej konieczności dokarmiania dziecka mlekiem modyfikowanym i dopiero podjąć taką decyzję. | TAK | NIE |
| 9. Zależy mi na pełnej informacji na temat stanu dziecka oraz wykonania niezbędnych procedur medycznych. | TAK | NIE |

.....
Data i podpis pacjentki