



SZPITAL MIEJSKI

w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.



PLAN PORODU

Poniższy plan porodu jest listą moich preferencji. Tworząc plan porodu jestem świadoma, że ze względów medycznych i organizacyjnych może nie zostać w pełni zrealizowany.

Imię i nazwisko:

MÓJ STAN ZDROWIA

- Mam grupę krwi Rh – ujemny **TAK/NIE**
- Choruję na
- W ciąży przyjmowałam następujące leki
- W ciąży aktualnie przyjmuję następujące leki.....
- Jestem uczulona na.....

WYWOŁANIE PORODU

- W sytuacji, kiedy wywołanie porodu ze względów medycznych będzie konieczne zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego **TAK/NIE**
- W sytuacji, kiedy wywołanie porodu ze względów medycznych będzie konieczne zgadzam się na podanie oksytocyny celem wywołania bądź stymulacji czynności skurczowej **TAK/NIE**

ZNIECZULENIE

- W sytuacji, kiedy inne metody łagodzenia bólu nie będą dla mnie wystarczające chciałabym mieć znieczulenie zewnątrzoponowe podczas porodu **TAK/NIE**
- Nie chciałabym w żadnym przypadku mieć znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu **TAK/NIE**
- Chciałabym, jeżeli to tylko możliwe, uniknąć przyjmowania podczas porodu wszelkich środków zmieniających moją świadomość **TAK/NIE**
- Chciałabym otrzymać środki uśmierzające ból według zalecenia lekarskiego, jeżeli o nie poproszę **TAK/NIE**
- Chciałabym korzystać z metod naturalnych łagodzenia bólu porodowego i relaksacji (woda, masaż, aromaterapia, muzykoterapia) **TAK/NIE**

PORÓD

- Zgadzam się na wykonanie lewatywy **TAK/NIE**
- Zgadzam się na ogolenie krocza w sytuacji tego wymagającej **TAK/NIE**
- Chciałabym otrzymać krótką informację o celu zabiegów, które są wobec mnie stosowane **TAK/NIE**
- Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się oraz zmiany pozycji w trakcie pierwszego okresu porodu **TAK/NIE**
- Chciałabym móc jeść i pić podczas pierwszego okresu porodu, jeżeli poczuję taką potrzebę i nie będzie przeciwwskazań **TAK/NIE**
- Proszę ograniczyć do minimum ilość badań dopochwowych **TAK/NIE**
- Chciałabym w pierwszym okresie porodu móc korzystać z wanny i/lub prysznica, piłki, worka sako **TAK/NIE**
- Chciałabym, by pozwolono mi przeć w takim rytmie, jaki będzie mi nakazywał instynkt **TAK/NIE**
- Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji, w której będę rodzić **TAK/NIE**

OCHRONA KROCZA

- Wolałabym nie mieć nacinanego krocza **TAK/NIE**
- Wolałabym mieć nacięte krocze **TAK/NIE**
- Zgadzam się na nacięcie krocza tylko w sytuacjach medycznie uzasadnionych **TAK/NIE**

CIĘCIE CESARSKIE

- Jestem przekonana, że wolałabym uniknąć cesarskiego cięcia, chyba że jest to konieczne **TAK/NIE**
- Jeżeli cesarskie cięcie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji **TAK/NIE**
- W przypadku porodu przez cięcie cesarskie chciałabym, aby wyznaczona przeze mnie osoba kangurowała moje dziecko **TAK/NIE**

PO PORODZIE

- Prosiłabym, aby położna tuż po porodzie, jeżeli stan dziecka będzie dobry i nie będzie wymagał interwencji medycznych, położyła mi dziecko na klatce piersiowej **TAK/NIE**
- Chciałabym trzymać moje dziecko blisko – „skóra przy skórze” – przez pierwsze godziny po porodzie **TAK/NIE**
- Chciałabym, aby osoba towarzysząca, jeżeli tego chce, mogła przeciąć pępowinę **TAK/NIE**
- Proszę pozwolić, aby pępowina samoistnie przestała pulsować, zanim się ją przetnie **TAK/NIE**

- Chciałabym przystawić tak szybko jak będzie to możliwe dziecko do piersi po porodzie **TAK/NIE**
- Proszę, aby od razu po porodzie, tak szybko jak będzie to możliwe po wykonaniu zabiegów medycznych, usunąć mi wenflon **TAK/NIE**
- Zgadzam się w sytuacji tego wymagającej na podanie środka farmakologicznego wspomagającego urodzenie łożyska **TAK/NIE**
- Proszę o podanie środka znieczulającego w sytuacji szycia krocza po porodzie **TAK/NIE**
- Chciałabym, aby dziecko było ze mną w jednym pomieszczeniu lub abym mogła obserwować czynności, które personel medyczny przy nim wykonuje na sali porodowej **TAK/NIE**
- Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu Credégo u noworodka **TAK/NIE**

KARMIENIE PIERSIĄ

- Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć karmić od razu po porodzie **TAK/NIE**
- Proszę nie dokarmiać dziecka bez uzgodnienia tego wcześniej ze mną **TAK/NIE**
- Nie chcę karmić piersią **TAK/NIE**

OPIEKA NAD NOWORODKIEM

- Chciałabym, aby zabiegi wykonywane przy dziecku były w miarę możliwości wykonywane w mojej obecności **TAK/NIE**
- Chciałabym otrzymać pełną informację na temat zdrowia dziecka po porodzie **TAK/NIE**
- Chciałabym, aby dziecko było ze mną w ciągu dnia, a w nocy na sali noworodkowej **TAK/NIE**
- Chciałabym, aby w sytuacji, kiedy mój stan zdrowia nie będzie pozwalał mi na opiekę nad dzieckiem poprosić oddział noworodkowy o sprawowanie opieki nad nim **TAK/NIE**

MIEJSCE NA WŁASNE UWAGI:

.....

.....

DATA I PODPIS POŁOŻNEJ

.....

DATA I PODPIS PACJENTKI