



Mój Plan

PORODU



ODDZIAŁ
POŁOŻNICZO - GINEKOLOGICZNY
Z PODODDZIAŁEM GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ
I PODODDZIAŁEM PERINATOLOGII

Imię i Nazwisko.....
Grupa krwi.....
Wynik GBS.....
Wynik HBS.....
Choruję na.....
Pozyskanie krwi pępowinowej TAK NIE

Proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrane przez siebie podpunkty.

OSOBA TOWARZYSZĄCA / OSOBY OBECNE PODCZAS PORODU:

- ☐ Chciałabym rodzić z osobą bliską.
- ☐ Chciałabym rodzić z doułą.
- ☐ Chciałabym rodzić bez osoby towarzyszącej.
- ☐ Chciałabym, aby mojej osobie towarzyszącej udzielano pełnej informacji na temat przebiegu porodu.
- ☐ Zależy mi, aby podczas porodu obecny był tylko niezbędny personel medyczny.
- ☐ Zależy mi, aby podczas porodu była ze mną ta sama położna jeśli jest to możliwe.

PRZYGOTOWANIE DO PORODU:

- ☐ Proszę o niewykonywanie zabiegów takich jak golenie krocza lub lewatywa, chyba że sama o to poproszę.
- ☐ Sama ogolę krocze.
- ☐ Proszę, aby przy przyjęciu wykonano mi lewatywę.
- ☐ Proszę o ogolenie mi krocza przy przyjęciu do szpitala.
- ☐ Nie wyrażam zgody na założenie mi wenflonu, chyba że będzie to konieczne.

PORÓD:

- ☐ Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji na temat postępu porodu.
- ☐ Zależy mi, aby mój poród przebiegał w pełni naturalnie.
- ☐ Proszę pytać mnie o zgodę na wszystkie badania i zabiegi wykonywane podczas porodu.
- ☐ Proszę o ograniczenie badań przez pochwowych do minimum.

PIERWSZY OKRES PORODU:

- o Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się w trakcie I okresu porodu.
- o Chciałabym móc korzystać z prysznica, piłki drabinek oraz innych udogodnień na sali porodowej w trakcie I okresu porodu.
- o Jeżeli zaistnieje konieczność podania mi kroplówki nas kurtkowej lub monitorowania stanu dziecka , chciałabym zachować możliwość swobodnego poruszania się.

DRUGI OKRES PORODU:

- o Chciałabym rodzić w wybranej przez siebie pozycji.
- o Nie wyrażam zgody na nacięcie krocza, chyba że będzie to konieczne.
- o Chciałabym móc przeć w trakcie II okresu porodu zgodnie z tym co podpowiada mi instynkt.
- o Chciałabym być instruowana w trakcie parcia.
- o W momencie wyłaniania się główki chciałabym mieć możliwość, aby jej dotknąć.

ŁAGODZENIE BÓLU PORODOWEGO:

- o Proszę nie proponować mi farmakologicznych metod łagodzenia bólu dopóki sama nie poproszę.
- o Jeśli poproszę o ulżenie w bólu, w pierwszej kolejności proszę mi zaproponować niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego.
- o Chciałabym móc korzystać z gazu wziewnego.
- o Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego.

PO PORODZIE:

- o Chciałabym aby osoba towarzysząca przecięła pępowinę.
- o Proszę o przecięcie pępowiny dopiero gdy przestanie tętnić.
- o Chciałabym aby na sali porodowej odbył się kontakt „skóra do skóry” minimum 2h.
- o Chciałabym przystawić dziecko do piersi od razu po porodzie.

CIĘCIE CESARSKIE:

- o Zależy mi na jak najszybszym kontakcie z dzieckiem jeśli stan mój oraz dziecka na to pozwoli.
- o Chciałabym, aby dziecko było kangurowane w kontakcie „skóra do skóry” z osobą towarzyszącą jeśli będzie to możliwe.
- o Chciałabym przystawić dziecko do piersi jak najszybciej po porodzie jeśli będzie to możliwe.

NA ODDZIALE POŁOŻNICZYM:

- o Chciałabym aby dziecko było ze mną przez cały czas.
- o Chciałabym aby kąpiel, badania oraz inne czynności pielęgnacyjne dotyczące dziecka odbywały się w mojej obecności lub ojca dziecka.
- o Zależy mi na pełnej poradzie laktacyjnej.
- o Nie wyrażam zgody na dokarmianie dziecka mlekiem modyfikowanym jeśli nie ma takiej konieczności.
- o Zależy mi na pełnej informacji na temat stanu zdrowia dziecka oraz mojego.
- o Zgadzam się na obowiązkowe szczepienia u mojego dziecka.

MIJSCE PORODU: WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
51-124 WROCŁAW ul. Kamieńskiego 73A

PODPIS PACJENTKI