



## PLAN PORODU

.....

NAZWISKO i IMIĘ

.....

PESEL

Lekarz prowadzący ciążę .....

Osoba towarzysząca w trakcie porodu (kim jest? - mąż, rodzina, partner, przyjaciółka)

.....

**Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.**

**Jeśli przed porodem lub w czasie porodu wystąpią komplikacje lub wskazania medyczne do zastosowania określonych procedur, dla bezpieczeństwa oraz dobra matki i dziecka plan porodu może ulec zmianie.**

### PORÓD

**TAK NIE**

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym mieć zrobioną lewatywę po przyjęciu do szpitala   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prosiłabym o przygotowanie krocza do porodu - golenie  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zależy mi na tym, by personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie procedury medyczne zanim zostaną wykonane  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety podczas pierwszego okresu porodu                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym mieć możliwość picia wody podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym uniknąć wywoływania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym wypróbować naturalnych sposobów wywołania porodu, zanim zostaną zastosowane medyczne sposoby  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym w pierwszy okresie porodu mieć możliwość skorzystania z wanny lub prysznica   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym, aby badania przez pochwową były ograniczone do koniecznego minimum   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym, aby na sali porodowej panował spokój, światła były przygaszone oraz zachowano moją intymność   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie jaki będzie mi nakazywał instyngt, jeśli poród będzie przebiegał w sposób prawidłowy |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proszę o nie nacinanie krocza, chyba, że będzie to konieczne ze wskazań medycznych   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wolałabym mieć nacięte krocze  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła robić zdjęcia moje i noworodka za zgodą personelu medycznego  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym znieczulenie zewnątrzoponowe, jeśli będą wskazania medyczne   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nie chciałabym znieczulenia zewnątrzoponowego  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chciałabym otrzymywać środki przeciwbólowe   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nie chcę środków przeciwbólowych zmieniających świadomość  |

**UWAGI**

.....

.....

.....



## PO PORODZIE

**TAK NIE**

- Proszę o położenie dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej zaraz po porodzie
- Chciałabym aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę
- Chcę aby położna przecięła pępowinę
- Proszę pozwolić aby pępowina przestała tętnić zanim się ją przetnie, jeśli nie będzie przeciwwskazań

**UWAGI**

.....

.....

.....

## OPIEKA NOWORODKOWA

**TAK NIE**

- Chciałabym, aby dziecko było w kontakcie skóra do skóry przez pierwsze godziny po porodzie, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych
- Jeśli to możliwe, proszę ocenić stan dziecka na moim brzuchu
- Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas, jeżeli nie ma przeciwwskazań
- Nie mam doświadczenia w opiece nad noworodkiem, więc proszę o wzmożoną opiekę ze strony personelu

**UWAGI**

.....

.....

.....

## KARMENIE PIERSIĄ

**TAK NIE**

- Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć karmić od razu po porodzie
- Proszę nie dokarmiać dziecka bez uzgodnienia tego wcześniej ze mną
- Chciałabym wiedzieć więcej o karmieniu piersią
- Chciałabym się spotkać z doradcą laktacyjnym

**UWAGI**

.....

.....

.....

.....  
czytelny podpis pacjentki