



Plan porodu

Imię i nazwisko

Ciąża (która)

Poród (który)

Poronienia

Lekarz prowadzący

Położna POZ

Osoba towarzysząca

Nazwa, adres, telefon kontaktowy poradni dziecięcej

Plan porodu to moje oczekiwania dotyczące mnie i mojego dziecka w czasie porodu oraz po nim.

Moje uwagi





Plan porodu

Oczekiwania dotyczące osoby towarzyszącej podczas porodu

- ☐ chcę rodzić z partnerem / mężem
- ☐ chcę rodzić z bliską mi osobą / doułą
- ☐ chcę rodzić sama
- ☐ chciałabym, aby osoba towarzysząca była ze mną przy wszystkich dotyczących mnie zabiegach
- ☐ zależy mi, aby mojej osobie towarzyszącej udzielano informacji o postępie porodu
- ☐ Tak ☐ Nie wyrażam zgody na obecność studentów/tek położnictwa i medycyny*

Oczekiwania dotyczące przygotowania do porodu

Wyrażam / nie wyrażam zgody na wykonanie:

- ☐ Tak ☐ Nie golenia krocza
- ☐ Tak ☐ Nie lewatywę
- ☐ Tak ☐ Nie założeniu wenflonu

Oczekiwania dotyczące porodu

Zależy mi na porodzie naturalnym. Chciałabym skorzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego.
W przypadku wskazań medycznych wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na:

- ☐ Tak ☐ Nie badanie dopochwowe
- ☐ Tak ☐ Nie użycie gazu łagodzącego ból porodowy „Entonox”
- ☐ Tak ☐ Nie podanie Oxytocyny
- ☐ Tak ☐ Nie przebicie pęcherza płodowego





Plan porodu

Pozycje

- ☐ chciałabym rodzić w pozycji wertykalnej (w kucki / na boku)
- ☐ chciałabym rodzić w pozycji na plecach

Oddech / parcie

- ☐ wiem jak powinno się oddychać w czasie porodu, chcę polegać na swoim instynkcie
- ☐ wiem jak powinno się oddychać w czasie porodu, ale pewniej będę się czuła jak personel będzie mnie instruował
- ☐ nie wiem jak powinno się oddychać w czasie porodu - proszę o pomoc

Nacięcie krocza

- ☐ Tak ☐ Nie zgadzam się na nacięcie krocza

Oczekiwanie w przypadku cięcia cesarskiego

- ☐ zależy mi na odciążeniu siary przed cięciem cesarskim i podanie jej na śluzówki noworodka od razu po wydobyciu
- ☐ chciałabym, aby mój mąż / partner mógł być w kontakcie „skóra do skóry” z dzieckiem w czasie kiedy ja będę na sali operacyjnej
- ☐ zależy mi na szybkim przystawieniu dziecka do piersi – na sali operacyjnej lub tuż po jej opuszczeniu

Oczekiwanie dotyczące czasu po porodzie

- ☐ Tak ☐ Nie chciałabym aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę
- ☐ Tak ☐ Nie zależy mi na nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” po porodzie przez 2 godziny





Plan porodu

Karmienie noworodka

- ☐ chciałabym karmić piersią
- ☐ nie chcę karmić piersią
- ☐ chciałabym prosić o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi
- ☐ nie potrzebuje pomocy w przystawieniu dziecka do piersi - chcę zrobić to sama
- ☐ Tak ☐ Nie wyrażam zgody na podanie mojemu dziecku mieszanki mlekozastępczej

Szczepienia

- ☐ Tak ☐ Nie wyrażam zgody na szczepienia mojego dziecka
- ☐ Tak ☐ Nie wyrażam zgody na podanie mojemu dziecku witaminy „K”

