

## PLAN PORODU

IMIĘ.....NAZWISKO.....

PESEL.....

LEKARZ / POŁOŻNA PROWADZĄCY(A) CIAŻĘ.....

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć znakiem „x”.

- Obecność osoby towarzyszącej w trakcie porodu.

tak	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak”, prosimy o określenie **kim dana osoba jest w stosunku do rodzącej**, tj.: partner, mąż, przyjaciółka, mama, doula, etc.

.....  
.....

Proszę określić udział osoby towarzyszącej w poszczególnych fazach porodu:

I FAZA			
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>

II FAZA			
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>

III i IV FAZA			
tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>

- Pragnę, aby cały mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem godności osobistej i mojego dziecka.

tak	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

- Chciałabym być informowana przez cały okres pobytu o planowanych procedurach, zagrożeniach i stosowanych lekach, dotyczących mnie i mojego dziecka.

tak	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

## I OKRES PORODU

Zapoznanie z topografią Sali Porodowej	
Wykonanie zapisu KTG	
Osluchiwanie tętna płodu co 15-30 minut przez 1 minutę	
Ocena czynności skurczowej	
Omówienie planu porodowego z położną prowadzącą poród	

- **Wykonanie lewatywy.**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Wykonanie golenia owłosienia łonowego.**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Chciałabym przyjmować przezroczyste doustnie płyny (pić) w trakcie trwania I okresu porodu.**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Chciałabym zachować możliwość bycia aktywną i preferuję wertykalne pozycje w trakcie czynności skurczowej I okresu porodu.**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Krótki spacer**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Kąpiel pod prysznicem**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Pozycja kuczna**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Pozycja pionowa**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Pozycja siedząca**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Pozycja w klęku podpartym**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **Pozycja leżąca na boku**

tak <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	nie <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

- **W trakcie rozwierania szyjki macicy pragnę korzystać z pomocy niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu:**

NIEFARMAKOLOGICZNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU	TAK	NIE
piłki		
worek sako		
drabinki		
zastosowanie zimnych lub ciepłych okładów		
zastosowanie masażu		
zastosowanie aromaterapii		
zastosowanie muzykoterapii		
zastosowanie technik oddechowych i relaksacyjnych		
zastosowanie TENS – elektryczny stymulator nerwowy		

- **Zależy mi na stosowaniu farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego (gazu rozweselającego typu Entonox)**

W I OKRESIE			
tak		nie	

W II OKRESIE			
tak		nie	

W III OKRESIE			
tak		nie	

- **Zależy mi na stosowaniu farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego (gazu rozweselającego)**

tak	
-----	--

nie	
-----	--

- **Zależy mi na zastosowaniu znieczulenia zewnątrzoponowego**

tak	
-----	--

nie	
-----	--

- **Mój stosunek do procedur medycznych np. przebicia pęcherza płodowego, stosowania oxytocyny w trakcie porodu, wykonywania zapisów KTG:**

.....  
 .....

**Niezgodne z moją wizją I okresu porodu jest:**

.....  
 .....

## II OKRES PORODU

- **Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie przez cały czas trwania II okresu porodu**

tak	
-----	--

nie	
-----	--

- **Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji**

pozycja pionowa	
pozycja siedząca	
pozycja leżąca na boku	
pozycja kuczna	
pozycja kolankowo-łokciowa	
poród na krześle porodowym	
poród na łóżku porodowym	
przyjmowanie płynów doustnie	
parcie polegające wyłącznie na odruchu instynktownym	

- **Osluchiwanie tętna płodu po każdym skurczu przez 1 min**

tak	
-----	--

nie	
-----	--

- **Zależy mi na ochronie krocza i chcę uniknąć nacięcia**

tak	
-----	--

nie	
-----	--

- **W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny (próżnościąg położniczy, cięcie cesarskie).**

tak	
-----	--

nie	
-----	--

**Niezgodne z moją wizją II okresu porodu jest:**

.....

.....

.....

.....

.....

### III i IV OKRES PORODU oraz POŁÓG

Pragnę położenia dziecka bezpośrednio po porodzie na moim brzuchu tzw. kontakt „skóra do skóry”	
Oznakowania dziecka przed jego odpięciem oraz poinformowanie o godzinie porodu i płci	
Przystawienia dziecka do piersi bezpośrednio po porodzie	
Podawanie leków nas kurczowych w celu urodzenia łożyska	
Urodzenia łożyska w sposób naturalny bez ucisku na dno macicy czy masażu macicy	
Stały kontakt z noworodkiem po porodzie: „skóra do skóry” trwający 2 godziny	
Ocena stanu ogólnego i położniczego, ocena noworodka w skali Apgar	
Informacji na temat naturalnego karmienia i pomoc przy przystawieniu noworodka do piersi	
Uzyskanie pełnych informacji na temat stanu zdrowia noworodka oraz wykonywanych u niego czynności profilaktycznych, badań, podawanych leków	
Ew. dokarmianie noworodka sztucznym mlekiem początkowym <i>tylko i wyłącznie ze wskazań medycznych – na zlecenie lekarza.</i>	
Wykonanie wszelkich procedur medycznych związanych z opieką nad noworodkiem w obecności matki/rodziców noworodka	
Pobyt matki z dzieckiem w oddziale szpitalnym w systemie rooming-in	
Zapewnienie odwiedzin najbliższej rodziny	
Po wypisie szpitalnym kontakt z położną środowiskową w ciągu 48 godzin od zgłoszenia urodzenia dziecka	

**Niezgodne z moją wizją III i IV okresu porodu oraz pogoju w trakcie pobytu w szpitalu jest:**

.....

.....

.....

.....

.....

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

Dane położnej POZ sprawującej opiekę nad położnicą i noworodkiem:

.....

.....

Dane podmiotu sprawującego opiekę nad położnicą i noworodkiem:

.....

.....

nr tel.: ..... nr fax: .....

.....  
*podpis pacjentki*