



Plan Porodu

Imię i nazwisko

PESEL

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 | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Zależy mi na tym, żeby personel szpitala ustalał ze mną wszystkie procedury medyczne zanim zostaną wykonane. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety podczas pierwszego okresu porodu. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym mieć możliwość picia wody podczas porodu, jeśli nie ma przeciwwskazań. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym uniknąć wywoływania porodu, chyba, że ze względów medycznych będzie to konieczne. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym wypróbować naturalnych sposobów wywołania porodu, zanim zostaną zastosowane medyczne sposoby. |
| ☐ | ☐ | Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego, chyba, że ze względów medycznych będzie to konieczne. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym mieć zrobioną lewatywę po przyjęciu do szpitala. |
| ☐ | ☐ | Prosiłabym o przygotowanie krocza do porodu – golenie. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym w pierwszym okresie porodu mieć możliwość skorzystania z prysznica. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym, aby badania przez pochwową były ograniczone do koniecznego minimum. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym, aby na Sali porodowej panował spokój, światła były przygaszone oraz zachowano moją intymność. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym, mieć swobodę wyboru pozycji porodowej. |
| ☐ | ☐ | Chciałabym, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie jaki będzie mi nakazywał instynkt, jeśli poród będzie przebiegał w sposób prawidłowy. |
| ☐ | ☐ | Proszę o nie nacinanie krocza, chyba, że będzie to konieczne ze wskazań medycznych. |
| ☐ | ☐ | Wolałabym mieć nacięte krocze |
| ☐ | ☐ | Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła robić zdjęcia moje i noworodka za zgodą personelu medycznego |
| ☐ | ☐ | Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym w zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji |
| ☐ | ☐ | Chciałabym znieczulenie zewnątrzoponowe, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych. |
| ☐ | ☐ | Nie chciałabym znieczulenia zewnątrzoponowego |

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. |
-

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, jeśli nie ma przeciwwskazań |
| ☐ | ☐ | Nie mam doświadczenia w opiece nad noworodkiem, więc proszę o wzmożoną opiekę ze strony personelu |
-

KARMIE NIE 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 więcej wiedzieć o karmieniu piersią |
| ☐ | ☐ | Chciałabym się spotkać z doradcą laktacyjnym |