



PLAN PORODU



Imię i Nazwisko :

- ❖ Chciałabym, aby mój poród przebiegał w warunkach intymności
- ❖ Poniższe prośby są moją osobistą listą preferencji, jestem świadoma, że ich zrealizowanie będzie zależało od mojego stanu zdrowia i dziecka oraz od sytuacji położniczej

I okres porodu:

- Chciałabym swobodnie pić w trakcie całego porodu **TAK/NIE**
- Chciałabym, aby towarzyszyła mi bliska osoba **TAK/NIE**
- Chciałabym mieć wykonaną lewatywę **TAK/NIE**
- Chcę być aktywna podczas porodu, preferuję pozycje wertykalne podczas okresu rozwierania szyjki macicy **TAK/NIE**
- Chciałabym, by położna pokazała mi możliwości korzystania z piłki, materaca, worka sako **TAK/NIE**
- Proszę poinstruować mnie jak powinienam oddychać podczas skurczy **TAK/NIE**
- Chciałabym zostać poinformowana o dostępnych nefarmakologicznych i farmakologicznych sposobach łagodzenia bólu **TAK/NIE**
- Chciałabym mieć możliwość korzystania z immersji wodnej (prysznic) **TAK/NIE**
- Chciałabym mieć możliwość korzystania z TENS, w przypadku odczuwania bóli krzyżowych **TAK/NIE**
- Chciałabym być na bieżąco informowana o postępie porodu **TAK/NIE**
- W sytuacji, gdy moje dziecko będzie dobrze się czuło, wolałabym być okresowo odłączana od aparatu KTG i mieć wówczas słuchany brzuch co 15 min **TAK/NIE**
- Proszę by ograniczono liczbę badań dopochwowych do niezbędnych **TAK/NIE**

II okres porodu:

- Zależy mi by pozycja porodowa była dobrana indywidualnie i dogodna dla mnie w trakcie II okresu porodu **TAK/NIE**
- Wolałabym popierać zgodnie z moim instynktem **TAK/NIE**
- W momencie rodzenia się główki, chciałabym zostać poinformowana o sposobie parcia i oddychania, tak by położna mogła chronić moje krocze **TAK/NIE**
- Chciałabym współpracować z położną, by uniknąć nacięcia krocza **TAK/NIE**
- Jeśli nacięcie krocza będzie konieczne, proszę poinformować mnie o wskazaniach **TAK/NIE**
- Chciałabym mieć możliwość dotknięcia główki dziecka, w trakcie jej rodzenia się **TAK/NIE**
- Proszę o wyciszenie i przygaszenie światła w trakcie rodzenia się mojego dziecka **TAK/NIE**
- Chciałabym, by po porodzie położono mi noworodka na brzuch **TAK/NIE**
- Proszę o przecięcie pępowiny, gdy przestanie tętnić **TAK/NIE**

- Jeśli stan dziecka będzie dobry, chciałabym utrzymać kontakt „SKÓRA DO SKÓRY” **TAK/NIE**
- Proszę by zabiegi wykonywane na stanowisku noworodka były wykonane po kontakcie skóra do skóry **TAK/NIE**
- Proszę o pomoc przy pierwszym przystawieniu noworodka do piersi podczas kontaktu skóra do skóry **TAK/NIE**
- Wolałabym uniknąć ukończenia porodu drogą zabiegową, jeśli jednak będzie to konieczne chciałabym zostać poinformowana o wskazaniach **TAK/NIE**
- W przypadku konieczności ukończenia porodu drogą Cięcia Cezarskiego, proszę o poinformowanie mnie o jego przyczynach **TAK/NIE**

Po porodzie:

- Proszę o miejscowe znieczulenie podczas ewentualnego szycia krocza **TAK/NIE**
- Chciałabym pozostać po porodzie w systemie „rooming in” **TAK/NIE**
- Proszę poinformować mnie o sposobie pielęgnacji krocza **TAK/NIE**
- Chcę karmić piersią **TAK/NIE**
- Proszę poinformować mnie o prawidłowym sposobie przystawienia noworodka do piersi **TAK/NIE**
- Proszę o nie dokarmianie noworodka sztuczną mieszanką **TAK/NIE**
- Proszę o pomoc w przystawieniu noworodka do piersi oraz umożliwienie kangurowania po cięciu cesarskim **TAK/NIE**

Podpis:

