

	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	PA / OP / 21
		Strona 1/3
Plan porodu		Wydanie 4

Załącznik nr 2




Nazwisko i imię
Pacjentki

Imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Informacje i oczekiwania		Odpowiedź (X)
Czy kiedykolwiek uczęszczała Pani do Szkoły Rodzenia?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba towarzysząca przy porodzie		
1	Chciałabym rodzić z osobą towarzyszącą (prosimy podać imię i nazwisko)	<input type="checkbox"/> TAK
2	Chciałabym rodzić bez osoby towarzyszącej	<input type="checkbox"/> TAK
3	Nie wyrażam zgody na obecność studentów w czasie porodu	<input type="checkbox"/> TAK
Poród		
1	Proszę, aby przy przyjęciu do porodu wykonano mi lewatywę	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Chciałabym, aby mój poród przebiegał bez zbędnych interwencji medycznych, jeśli sytuacja będzie na to pozwalała	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Jeśli nie będzie wyraźnych wskazań medycznych, chciałabym uniknąć wywoływania porodu / stymulowania porodu (w tym przebijania pęcherza płodowego)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4	Zanim zostanie mi podana oksytocyna lub zostanie przebito pęcherz płodowy w celu stymulacji czynności skurczowej, chciałabym spróbować naturalnych metod stymulowania porodu takich jak ruch czy masaż brodawek sutkowych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5	Zgadzam się na podanie oksytocyny, amniotomię (przebicie pęcherza płodowego) oraz na stały zapis KTG w sytuacjach, gdzie będzie to potrzebne, po wcześniejszym przedstawieniu przyczyn podjęcia tych interwencji medycznych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6	Proszę o ograniczenie do minimum badań wewnętrznych podczas porodu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7	Chciałabym przeć spontanicznie w drugim okresie porodu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8	Zależy mi, aby położna poinstruowała mnie w trakcie parcia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9	Chciałabym urodzić na materacu lub stołku porodowym.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10	W momencie wyłaniania się główki chciałabym jej dotknąć	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ochrona krocza		
1	Zależy mi na ochronie krocza.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Wolałabym mieć nacięte krocze.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	W sytuacji uzasadnionej medycznie wyrażam zgodę na nacięcie krocza.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Chciałabym mieć możliwość korzystania ze sprzętów takich jak		
<input type="checkbox"/> drabinka <input type="checkbox"/> materac <input type="checkbox"/> piłka gimnastyczna <input type="checkbox"/> worek ssako <input type="checkbox"/> chusta <input type="checkbox"/> masaż <input type="checkbox"/> aromaterapia <input type="checkbox"/> muzykoterapia <input type="checkbox"/> ciepły /zimny okład <input type="checkbox"/> tens		
1	Wiem jak stosować wyżej wymienione metody	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Proszę o poinstruowanie mnie w zakresie korzystania z wybranych przeze mnie metod	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Chciałabym mieć możliwość korzystania z farmakologicznych metod łagodzenia bólu		
1	entonox (analgezyja wziewna)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	znieczulenie zewnątrzoponowe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	inne leki rozkurczowe lub przeciwbólowe dostępne na bloku porodowym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	PA / OP / 21
		Strona 2/3
	Plan porodu	Wydanie 4

Cięcie cesarskie		
1	Proszę o przekazanie dziecka do kontaktu „skóra do skóry” w jak najkrótszym czasie po porodzie, jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Chciałabym aby dziecko rozpoczęło kontakt „skóra do skóry” z osobą towarzyszącą mi, najwcześniej jak to możliwe.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Po porodzie dziecka		
1	Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Proszę by pępowina została przecięta po ustaniu tętnienia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Chciałabym nakarmić dziecko piersią jeszcze na sali porodowej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4	Proszę o okrycie noworodka pieluszkami przyniesionymi przeze mnie z domu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5	Zależy mi na 2 godzinnym, nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry”.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6	Proszę o zmierzenie i zważenie noworodka w czasie krótszym niż 2 godziny, a następnie kontynuować kontakt „skóra do skóry”.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7	Zależy mi aby dziecko pozostało ze mną w kontakcie „skóra do skóry” w 3 okresie porodu oraz przy ewentualnych zabiegach (szycie krocza, kontrola jamy macicy).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8	Chciałabym, aby dziecko w trakcie ewentualnych zabiegów (szycie krocza, kontrola jamy macicy) przebywało w kontakcie „skóra do skóry” z osobą towarzyszącą przy porodzie.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Na oddziale położniczym		
1	Chciałabym, aby badania noworodka i ewentualnie zabiegi odbywały się w obecności mojej lub ojca dziecka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Nie wyrażam zgody na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym (jeśli pojawia się wskazania chciałabym mieć możliwość konsultacji z doradcą laktacyjnym lub neonatologiem).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Proszę o możliwość konsultacji z psychologiem zatrudnionym w szpitalu.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4	Zakładając, że ja i dziecko będziemy czuć się dobrze, chciałabym wyjść d domu jak najszybciej jest to możliwe.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Karmienie noworodka		
1	Chciałabym karmić piersią	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Chciałabym karmić mlekiem modyfikowanym, proszę o farmakologiczne hamowanie laktacji oraz udostępnienie mi mleka modyfikowanego celem karmienia dziecka. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są wszelkie korzyści płynące z karmienia piersią zarówno dla matki jak i dziecka.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Chciałabym karmić mlekiem kobiecym, które będę odciążać laktatorem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4	Proszę o konsultacje z doradcą laktacyjnym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

Oświadczam, że powyższy plan porodu jest listą moich preferencji.

Jestem świadoma, że powyższe stwierdzenia mogą być modyfikowane adekwatnie do aktualnej sytuacji położniczej oraz stanu noworodka, a także ze względów organizacyjnych.

.....
 Data, godzina

.....
 czytelny podpis ciężarnej/rodzącej

.....
 czytelny podpis położnej