

## PLAN PORODU

### Do personelu medycznego:

Dokument ten został stworzony by wskazać jakie są nasze oczekiwania związane z opieką okołoporodową. Mamy świadomość , że mogą wystąpić sytuacje uniemożliwiające zrealizowanie naszych planów. Mimo wszystko chcielibyśmy, aby po zweryfikowaniu sytuacji pozwolili nam na uzyskanie jak najlepszych doświadczeń związanych z porodem.

Rodzice

IMIĘ NAZWISKO.....

NR TELEFONU.....

DATA OPRACOWANIA PLANU.....

DATA MODYFIKACJI.....

DOTYCZY PUNKTÓW.....

Data i podpis kobiety rodzącej.....

### 1. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE SPOSOBU SPRAWOWANIA OPIEKI W OKRESIE CIĄŻY

1.1.Główną osobą prowadzącą ciążę jest : położna / położnik / lek ginek.....

1.2.Zajęcia edukacyjne z położną .....

1.3 Planowane zajęcia w Szkole Rodzenia.....

### 2. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE MIEJSCA PORODU

2.1 Planuje poród w szpitalu.....

2.2 Rodzaj porodu: - poród rodzinny..... poród standardowy.....

### 3. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z PERSONELEM MEDYCZNYM W TRAKCIE PORODU

3.1. Zachowanie intymności podczas badań i całego porodu- jest dla mnie ważne..... - nie mam zdania.....

3.2 Obecność osób trzecich ( studentów, stażystów, innych pracowników )

- wyrażam zgodę ..... ..nie wyrażam zgody.....

3.3 Informowanie mnie o wszystkich procedurach zanim one nastąpią:

- jest dla mnie ważne..... - nie mam zdania.....

3.4 Możliwość przyjmowania płynów doustnie:- jest dla mnie ważne..... - nie mam zdania.....

### 4. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE PRZEBIEGU PORODU

4.1. Lewatywa:- wyrażam zgodę..... . nie wyrażam zgody.....

4.2. Strzyżenie krocza:- wyrażam zgodę ..... nie wyrażam zgody .....

4.3. Możliwość swobodnego poruszania się :- jest dla mnie ważne..... - nie mam zdania.....

4.4. Możliwość wyboru pozycji rodzenia w I okresie porodu; - kuczna..... kolankowo-łokciowa.....  
na krzeselku porodowym..... dowolna..... dostosuje się do propozycji personelu.....

4.5 Możliwość wyboru pozycji rodzenia w II okresie porodu-- kuczna..... pośledząca..... kolankowo –  
łokciowa.....- dostosuję się do propozycji personelu.....

4.6. Wykorzystanie farmakologicznych form radzenia sobie z bólem porodowym

- jest dla mnie ważne ..... - nie mam zdania.....

4.7. Wykorzystanie niefarmakologicznych form radzenia sobie z bólem porodowym:- TENS..... masaż.....  
imersja wodna..... aromaterapia.....- prysznic..... drabinki..... worek sako..... piłka.....

- jest dla mnie ważne ..... - nie mam zdania.....

4.8 Nacięcie krocza: - jedynie po uzyskaniu mojej zgody..... - nie mam zdania.....

4.9 Podanie oksytocyny lub innych leków stymulujących czynności skurczową macicy dopiero po wyczerpaniu  
wszystkich innych , naturalnych możliwości nasilenia czynności skurczowej :

- jest dopuszczalne...../, - nie wyrażam zgodny.....

4.10 Ułożenie dziecka na moim brzuchu zaraz po urodzeniu - kontakt „ skóra do skóry” minimum 2 godziny  
może być przerwany w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka, i celem wykonania pomiarów

- wyrażam zgodę..... -nie wyrażam zgody.....

4.11. Odcięcie pępowiny po ustaniu tętnienia przez osobę towarzyszącą:

- jest dla mnie ważne..... – nie mam zdania.....

## 5.0 OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE OPIEKI PODCZAS CIĘCIA CESARSKIEGO

5.1. Obecność osoby towarzyszącej podczas operacji cięcia cesarskiego ( w kąci noworodka )

- jest dla mnie ważne..... - nie mam zdania.....

5.2. Pierwszego kontaktu z dzieckiem po cięciu cesarskim jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał  
chciałabym aby był :

- jak najszybszy..... – nie mam zdania.....

5.3.Oddane dziecka na ręce osoby towarzyszącej od razu po cięciu cesarskim aby mogło być z nią w kontakcie  
„skóra do skóry”

- jest dla mnie ważne..... - nie mam zdania.....

5.4. Przystawienie do piersi i karmienie dziecka jak najszybciej po porodzie lub cięciu cesarskim jeśli to będzie  
możliwe

- jest dla mnie ważne..... – nie mam zdania.....

## **6. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE OPIEKI PO PORODZIE**

**6.1** Karmienie dziecka:- chce karmić naturalnie..... nie chcę karmić naturalnie .....

**6.2.** Wsparcie co do karmienia piersią :- jest dla mnie ważne..... - nie mam zdania.....

**6.3.** Obecność cały czas dziecka przy matce

- jest dla mnie bardzo ważna ..... - zbierane tylko, za moją zgodą.....

**6.4** Kąpiel i pielęgnacja dziecka w obecności matki :- jest dla mnie ważna ..... – nie mam zdania.....

**6.5** Badania dziecka i wykonanie każdej procedury i zbiegu w obecności matki

- jest dla mnie ważne ..... – nie mam zdania.....

**6.6** Dokarmianie i dopajanie dziecka : - tylko w uzasadnionym przypadku medycznym.....

- nie wyrażam zgody..... – nie mam zdania.....

**6.7.** Pomoc w uruchomieniu po cięciu cesarskim i porodzie

- jest dla mnie ważna..... – nie mam zdania.....

**6.8.** Przekazywanie wszelkich informacji na temat pielęgnacji rany po cięciu cesarskim, rany po nacięciu krocza, diety i innych zaleceń

- jest dla mnie ważne..... – nie mam zdania.....

**7. Czy zdecydowali się Państwo na pobranie krwi pępowinowej ?- tak..... -nie...**

## **8. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE INFORMACJI O MATCE I DZIECKU W CELU**

### **UTRZYMANIA CIĄGŁOŚCI OPIEKI POPORODOWEJ**

**8.1** Adres pod którym przez co najmniej 28 dni roboczych będzie przebywała matka z dzieckiem po wyjściu ze szpitala:

MIEJSCOWOŚĆ.....

KOD POCZTOWY.....

ULICA, NR DOMU / MIESZKANIA.....

NR TELEFONU.....

**8.2** Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i nazwa placówki , której należy przekazać informacje o wyjściu ze szpitala

IMIĘ NAZWISKO LEKARZA.....

PLACÓWKA.....

ADRES:.....

NR TELEFONU.....

8.3. **Położna** podstawowej opieki zdrowotnej, której należy przekazać informację o wyjściu ze szpitala

IMIĘ NAZWISKO POŁOŻNEJ.....

PLACÓWKA.....

ADRES.....

NR TELEFONU.....-

**ZALECANE BADANIA I KONSULTACJE**

czas trwania ciąży w tygodniach	Do 9t.c.	11-14	15-20	21-26	27-32	33-37	38-39	40	+2-3
Badanie przedmiotowe i podmiotowe	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Badania we wzorniku i zestawione	x	x	x	x	x	X			
<b>Badanie gruczołów sutkowych</b>	x					X			
<b>Wzrost/ masa ciała</b>	x/x	x	x	x	x	x	x	x	X
<b>RR</b>		x	x	x	x	x	x	x	X
<b>Ocena czynności serca płodu</b>					x	x	x	x	x