Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu

LECZYMY, POMAGAMY, ZMIENIAMY SIĘ DLA WAS

PLAN PORODU

Imię i nazwisko: ……

1. Osoba towarzysząca podczas porodu

- Chciałabym rodzić z osobą towarzyszącą. TAK NIE
- Chciałabym, aby osoba towarzysząca była obecna podczas całego porodu oraz dwie godziny po porodzie. TAK NIE
- Chciałabym, żeby osobie towarzyszącej udzielono informacji na temat postępu porodu TAK NIE
- Wyrażam zgodę na obecność uczniów/studentów kierunków medycznych. TAK NIE

2. Poród

- Chciałabym być informowana o postępie porodu i niezbędnych procedurach. TAK NIE
- Chciałabym na bieżąco wyrażać zgodę na proponowane procedury medyczne podczas porodu. TAK NIE
- Zgadzam się na nacięcie krocza, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała. TAK NIE
- Jeśli to możliwe chciałabym skorzystać z metod łagodzenia bólu:
    - Znieczulenia zewnątrzoponowego (ZOP) TAK NIE
    - Entonoxu (gazu rozweselającego) TAK NIE
    - Immersji wodnej/prysznica TAK NIE
    - Aparatu TENS TAK NIE
    - Aromaterapii TAK NIE
- Zależy mi, żeby pępowina została przecięta po ustaniu jej tętnienia. TAK NIE
- Chciałabym, żeby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę. TAK NIE

3. Po porodzie

- Zależy mi na kontakcie „skóra do skóry” z moim dzieckiem po porodzie. TAK NIE
- Chciałabym przystawić dziecko do piersi od razu po porodzie. TAK NIE
- Jeżeli poród zakończy się cesarskim cięciem chciałabym, żeby osoba towarzysząca mogła kangurować dziecko. TAK NIE
- Jeżeli poród zakończy się cesarskim cięciem chciałabym pozostać w kontakcie „skóra do skóry” z dzieckiem oraz przystawić je do piersi najszybciej jak to możliwe. TAK NIE
- Chciałabym, żeby wszystkie niezbędne procedury (ważenie/mierzenie) dziecka odbyły się po kontakcie „skóra do skóry”. TAK NIE
- Chciałabym, żeby dziecko było ubrane w rzeczy, które przyniosłam z domu. TAK NIE
- Chciałabym uzyskać informację na temat ewentualnej konieczności dokarmiania dziecka mlekiem modyfikowanym i dopiero podjąć decyzję. TAK NIE
- Zależy mi na uzyskaniu pełnej informacji na temat stanu zdrowia dziecka, Chciałabym na bieżąco wyrażać zgodę na proponowane procedury medyczne. TAK NIE

4. Opcjonalnie

- Chciałabym, aby po porodzie wykonano mi pamiątkowe zdjęcie z dzieckiem. TAK NIE

5. Sugestie i oczekiwania

……

……

……

……

*Plan opieki przedporodowej i plan porodu są modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki.

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. 2018 poz. 1756)

…….
podpis położnej/lekarza

…….
data i podpis pacjentki