

## PLAN PORODU

Imię i Nazwisko .....

1. Czy chciałaby Pani, by przy porodzie był(a) obecny(a):

mąż  partner  mama  inna osoba, kto?.....

chciałabym być sama

2. Czy wyraża Pani zgodę na to, aby przy porodzie byli obecni studenci, stażyści lub praktykanci?

TAK  NIE

3. Czy wyraża Pani zgodę na następujące czynności przygotowujące do porodu?

a. wykonanie lewatywy

TAK  NIE  Wykonam ją sama w domu

b. golenie krocza

TAK  NIE  Ogołę krocze sama w domu

4. Czy w trakcie porodu chciałaby Pani mieć swobodę poruszania się?

TAK  NIE

5. Czy w trakcie porodu chciałaby Pani korzystać z immersji wodnej?

TAK  NIE

6. Z jakich środków łagodzących ból chciałaby Pani skorzystać w trakcie porodu?

a. farmakologiczne środki łagodzące ból:

Dolcontral

TAK  W zależności od nasilenia bólu  NIE

Relsed

TAK  W zależności od nasilenia bólu  NIE

b. podtlenek azotu („gaz rozweselający”)

TAK  W zależności od nasilenia bólu  NIE

7. Czy w trakcie porodu chciałaby Pani korzystać z pozycji wertykalnych:

piłka, pozycja leżąca na lewym boku, pozycja kolankowo-łokciowa, krzeselko porodowe)?

TAK  NIE

8. Czy w przypadku wskazań medycznych wyraża Pani zgodę na zastosowanie kroplówki naskurczowej (Oxytocyna)?

TAK  NIE

9. Czy w przypadku wskazań medycznych wyraża Pani zgodę na przerwanie błon płodowych?

TAK  NIE

10. Czy w przypadku wskazań medycznych wyraża Pani zgodę na nacięcie krocza?

TAK  Wolałabym uniknąć nacięcia krocza  NIE

11. Czy chciałaby Pani, aby pępowina samoistnie przestała pulsować zanim zostanie przecięta?

TAK  NIE

12. Czy chciałaby Pani, aby pępowinę przecięła towarzysząca Pani przy porodzie osoba?

TAK  NIE

13. Czy po porodzie życzy sobie Pani pełnego, nieprzerwanego kontaktu z dzieckiem (skóra do skóry)?

TAK  NIE

14. Czy chce Pani karmić piersią zaraz po urodzeniu dziecka?

TAK  NIE

.....

Podpis pacjentki

.....

Data pieczętka i podpis lekarza ginekologa-położnika

.....

Data pieczętka i podpis położnej