

# PLAN PORODU

IMIĘ I NAZWISKO: .....

## Odpowiedz na poniższe pytania

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 golenie krocza przygotowujące do porodu?

TAK  NIE  Ogolę krocze sama w domu

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

TAK  NIE

4. Czy w trakcie porodu chciałaby Pani korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, takich jak masaż przez osobę towarzyszącą, prysznic, immersja wodna?

TAK  NIE

5. Czy wyraża Pani chęć porodu w wodzie?

TAK  NIE

6. Czy chciałaby Pani skorzystać z podtlenku azotu (tzw. "gaz rozweselający") łagodzącego ból w trakcie porodu?

TAK  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) po uprzednim wyjaśnieniu powodów zastosowania tej interwencji?

TAK  NIE

9. Czy w przypadku wskazań medycznych wyraża Pani zgodę na przerwanie błon płodowych po uprzednim wyjaśnieniu powodów zastosowania tej interwencji ?

TAK  NIE

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

TAK  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 fizjologicznym 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

15. Czy chciałaby Pani, by osobie towarzyszącej po ukończeniu porodu przez cięcie cesarskie umożliwiono kontakt skóra do skóry z noworodkiem?

TAK  NIE

15. Czy wyraża Pani zgodę na wykonanie u dziecka zabiegu Credego (profilaktyka rzeżączkowego zapalenia spojówek u noworodka)?

TAK  NIE

Podpis pacjentki

Podpis położnej

**Z TYCH  
DOBRZE URODZONYCH**

Szpital Megrez w Tychach

IZBA PRZYJĘĆ ODDZIAŁU GIN-POL: TEL. 32 325 53 93