**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 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 („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, krzesełko 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 wskazańmedycznych 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

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

□ TAK □ NIE

…........................................................................

Podpis pacjentki

...........................................................................

Podpis położnej