

Poniższy plan porodu jest, opartą na prawach pacjenta i innych stosownych przepisach prawa, listą moich osobistych potrzeb. Wiem, że ich realizacja będzie możliwa tylko wtedy, gdy nie będzie przeciwwskazań.

Mam nadzieję, że ten plan ułatwi współpracę między mną a personelem medycznym a mój poród będzie dla mnie i mojego dziecka najlepszym z możliwych.

MÓJ PLAN PORODU

Imię i nazwisko :

Osoba towarzysząca podczas porodu:

Podczas porodu będzie ze mną doula:

Jeśli taka usługa jest możliwa to podczas porodu obecna/ny będzie:

- położna
- lekarz.....

1. Chciałabym, aby podczas całego pobytu w szpitalu (sala porodowa i oddział położniczy) zapewniono mi intymność oraz poszanowanie godności osobistej mojej i mojego dziecka

TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA

2. Podczas całego pobytu proszę o informowanie mnie o planowanym postępowaniu, zagrożeniach, zabiegach, procedurach i lekach stosowanych u mnie i mojego dziecka

TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA

3. Proszę o założenie wkłucia dożylnego podczas porodu dopiero w chwili, kiedy okaże się to niezbędne

TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA

4. Podczas porodu chciałabym mieć możliwość picia płynów

TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA

5. Pragnę uniknąć jakiegokolwiek formy wywoływania porodu

TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA

6. Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego oraz nie stosowanie innych form przyspieszania akcji porodowej
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
7. Jeśli nie będzie bezwzględnej potrzeby chciałabym uniknąć stałego monitorowania tętna płodu podczas porodu
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
8. Chciałabym mieć możliwość pozostania w swojej odzieży przez cały poród
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
9. Proszę o ograniczenie do niezbędnego minimum badań przez pochwę oraz innych ingerencji
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
10. Wyrażam zgodę na golenie, lewatywę
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
11. Wyrażam zgodę na obecność podczas mojego porodu osób postronnych (studenci, stażyści)
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
12. Podczas porodu chcę być aktywna i mieć możliwość skorzystania z naturalnych sposobów przynoszących ulgę: swobody poruszania się, masażu, słuchania muzyki, wody (wanna/prysznic), piłki, worka sako, krzeselka porodowego, drabinek, TENS
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
13. Proszę o możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego w razie potrzeby
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
14. Chciałabym podczas porodu uniknąć środków zmieniających świadomość
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
15. Chcę sama wybrać dogodną dla mnie pozycję w II okresie porodu i swobodę poruszania się do urodzenia się dziecka
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA

16. Zależy mi na parciu zgodnie z moim indywidualnym rytmem porodu
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
17. Jeśli będzie to możliwe chciałabym uniknąć nacięcia krocza
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
18. Pragnę pozostać z moim dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez cały okres pobytu na sali porodowej
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
19. Proszę o umożliwienie mi kontaktu „skóra do skóry” z dzieckiem także w wypadku zakończenia porodu cięciem cesarskim
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
20. Proszę powstrzymać się z przecięciem pępowiny do chwili, kiedy przestanie tętnić
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
21. Chciałabym, aby umożliwiono mi samodzielne urodzenie łożyska, bez zbędnych ingerencji (masowania, uciskania macicy, pociągania za pępowinę)
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA
22. Pragnę karmić dziecko piersią i proszę o umożliwienie mi tego jeszcze na sali porodowej
TAK / NIE / BEZ ZNACZENIA

Dziękuję za zapoznanie się z moimi oczekiwaniami

podpis