



Imię Nazwisko

Pesel

Nr. Księgi

PLAN PORODU

Mój stan zdrowia

- Miałam pobierany wymaz z pochwy w kierunku Streptococcus agalactiae
- Mam krew Rh (-)
- Mam cukrzyce
- Mam cukrzyce ciążowa
- Mam kłopoty ze wzrokiem
- Opinia okulisty

Wywołanie porodu

- Chciałabym uniknąć wywołania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne
- Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego, chyba że będzie to konieczne

Znieczulenie

- Chciałabym mieć znieczulenie zewnątrzoponowe
- Nie chciałabym mieć znieczulenia zewnątrzoponowego
- Chciałabym, jeżeli to tylko możliwe, uniknąć wszelkich środków zmieniających świadomość

Poród

- Proszę o nie wykonywanie żadnych zabiegów przygotowujących do porodu takich jak : golenie czy lewatywę, chyba że na moją wyraźną prośbę
- Zależy mi na tym by personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie zabiegi zanim zostaną one wykonane
- Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety w trakcie pierwszego okresu porodu
- Chciałabym móc jeść i pic podczas porodu jeżeli nie ma przeciwwskazań



- Proszę ograniczyć do minimum ilość badań dopochwowych
- Chciałabym w pierwszym okresie porodu korzystać z wanny lub prysznicza
- Jeżeli dziecko będzie czuło się dobrze, wolałabym by słuchano tętna dziecka co 15 minut, a nie stale
- Chciałabym, by pozwolono mi przeć w takim rytmie jak będzie mi nakazywał instynkt

- Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej
- Chciałabym mieć możliwość dotknięcia główki dziecka w trakcie jej rodzenia się
- Chciałabym prosić o przygaszenie światła i wyciszenie w chwili, gdy dziecko będzie przychodzić na świat
- Prosiłabym, by położna tuż po porodzie położyła mi dziecko na brzuch

Ochrona krocza

- Wolałabym nie mieć nacinanego krocza, chyba że będzie to konieczne
- Wolałabym mieć nacięte krocze

Cesarskie cięcie

- Jestem przekonana, że wolałabym uniknąć cesarskiego cięcia, chyba, że jest to konieczne
- Jeśli cesarskie cięcie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takich decyzji
- Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła być obecna podczas zabiegu.

.....

Data i podpis