

Plan porodu

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI

PESEL NR.KS. GŁÓWNEJ

OSOBA TOWARZYSZĄCA PRZY PORODZIE

Poniżej przedstawiam mój **Plan porodu**

Proszę, aby mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem godności osobistej mojej i mojego dziecka. Jestem świadoma, że poniższy plan może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.

1. Proszę o informowanie mnie o aktualnej sytuacji położniczej i uzgadnianie ze mną wszystkich procedur medycznych.	☐ TAK ☐ NIE
2. Proszę, by mój poród przebiegał w obecności tylko niezbędnych osób personelu medycznego	☐ TAK ☐ NIE
3. Jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych chciałabym skorzystać ze znieczulenia farmakologicznego porodu.	☐ TAK ☐ NIE
4. Dopuszczam możliwość nefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu porodowego piłka, worek sako, imersja wodna.	☐ TAK ☐ NIE
5. Wyrażam zgodę na indukcję porodu ze wskazań medycznych.	☐ TAK ☐ NIE
6. Zgadzam się na stymulację porodu oksytocyną, jeśli będzie to konieczne i uzasadnione medycznie.	☐ TAK ☐ NIE
7. Zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego po uprzednim poinformowaniu mnie o zasadności tego zabiegu.	☐ TAK ☐ NIE
8. Wyrażam zgodę na założenie kaniuli dożylniej /wenflonu/	☐ TAK ☐ NIE



9. Dopuszczam możliwość wykonania lewatywy po przyjęciu do sali porodowej.	☐ TAK ☐ NIE
10. Zgadzam się na usunięcie owłosienia łonowego ze względów higienicznych.	☐ TAK ☐ NIE
11. Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji, w jakiej będę rodzić.	☐ TAK ☐ NIE
12. Zgadzam się na nacięcie krocza, jeśli będzie taka potrzeba.	☐ TAK ☐ NIE
13. Wyrażam zgodę na przecięcie pępowiny przez osobę towarzyszącą.	☐ TAK ☐ NIE
14. Proszę o umożliwienie mi kontaktu z dzieckiem po porodzie - „skóra do skóry” przez 2 godziny w sali porodowej.	☐ TAK ☐ NIE
15. Proszę o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi w sali porodowej.	☐ TAK ☐ NIE

Dziękujemy za wypełnienie Planu porodu. Uwagi i dodatkowe życzenia nieuwzględnione w Planie porodu prosimy omówić z położną, która będzie się Panią opiekować w trakcie porodu.

Oddział Położnictwa współpracuje z Bankami Komórek Macierzystych, istnieje więc możliwość pobrania krwi pępowinowej bezpośrednio przy porodzie u wszystkich PacjenteK, które wyrażają chęć i zgodę na przechowywanie krwi pępowinowej dla swojego dziecka.

PIASECZNO

PODPIS PACJENTKI

dn.

.....