

**PLAN PORODU**

IMIĘ I NAZWISKO:

1. PRZYGOTOWANIE DO PORODU

- | | | |
|---|---------|---------|
| • Zgadzam się na wykonanie lewatywy /hegaru/ | TAK [] | NIE [] |
| • Chciałabym mieć możliwość obecności osoby bliskiej | TAK [] | NIE [] |
| • Chcę, aby cały mój poród przebiegał z zachowaniem szczególnej intymności i poszanowaniem godności osobistej | TAK [] | NIE [] |
| • Zależy mi na tym, aby podczas porodu obecne były tylko niezbędne osoby z personelu medycznego | TAK [] | NIE [] |

2. PORÓD

- | | | |
|---|---------|---------|
| • Chciałabym mieć możliwość aktywnego przeżywania porodu (chodzenie, przyjmowanie dogodnych pozycji, korzystanie z prysznica, piłki, worka sako itp.) | TAK [] | NIE [] |
| • Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu | TAK [] | NIE [] |
| • Dopuszczam możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego | TAK [] | NIE [] |
| • Wyrażam zgodę na założenie dożylnego wkłucia /wenflonu/ | TAK [] | NIE [] |
| • Zgadzam się na podanie środków farmakologicznych: | | |
| o Leki przeciwbólowe | TAK [] | NIE [] |
| o Oxytocyna | TAK [] | NIE [] |
| o Płyny infuzyjne | TAK [] | NIE [] |
| o Gaz znieczulający /Entonox/ | TAK [] | NIE [] |
| • Zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego i stałe monitorowanie KTG, jeśli moja sytuacja będzie tego wymagała, po uprzednim wyjaśnieniu zastosowania tych interwencji | TAK [] | NIE [] |
| • W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy /próznociąg położniczy, kleszcze/ | TAK [] | NIE [] |
| • Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w II-im okresie porodu | TAK [] | NIE [] |
| • Wyrażam zgodę na nacięcie krocza w sytuacji, gdy zaistnieje taka konieczność /np. celem uniknięcia pęknięcia krocza/ | TAK [] | NIE [] |
| • Chciałabym trzymać dziecko „skóra przy skórze” bezpośrednio po porodzie przez 2 godziny /jeśli mój stan i stan noworodka będzie na to pozwalał/ | TAK [] | NIE [] |
| • Chciałabym wcześniej przystawić dziecko do piersi /w sali porodowej/ | TAK [] | NIE [] |
| • Zależy mi, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę | TAK [] | NIE [] |
| • Chciałabym mieć pobraną krew pępowinową | TAK [] | NIE [] |
| • Wyrażam zgodę na podanie wit. K noworodkowi | TAK [] | NIE [] |
| • Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu Credego u noworodka | TAK [] | NIE [] |

3. PO PORODZIE - POŁÓG

- | | | |
|--------------------------|---------|---------|
| • Planuję karmić piersią | TAK [] | NIE [] |
|--------------------------|---------|---------|

INNE PROPOZYCJE

Data

podpis Pacjentki

Data

pieczętka i podpis Położnej