



PLAN PORODU

W tym planie chciałabym przekazać Państwu wszystkie moje oczekiwania związane z porodem. Będę wdzięczna, jeśli sprawując opiekę nade mną i moim dzieckiem weźmiecie ten plan pod uwagę. Zdaje sobie sprawę, że podczas porodu może okazać się, że nie wszystkie punkty z mojego Planu Porodu będzie można zrealizować.

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko osoby prowadzącej moją ciążę: _____

Mój stan zdrowia:

Choruję na: _____

Przebyte operacje (jakie i w którym roku): _____

Jestem uczulona na: _____

W ciąży stosowałam takie leki jak: _____

PORÓD	TAK	NIE
Chcę rodzić z bliską osobą.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proszę aby przy przyjęciu do szpitala podano mi środki ułatwiające wypróżnienie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zależy mi na sali jednoosobowej jeśli będzie taka możliwość.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proszę o ogolenie krocza przed porodem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zależy mi na tym, abym była informowana na bieżąco o postępie porodu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zgadzam się na nacięcie krocza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chcę aby badanie przez pochwę odbywało się jak najrzadziej, proszę o informowanie mnie o konieczności badania.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wolałabym uniknąć farmakologicznej indukcji porodu, chyba że będzie to konieczne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym złagodzić uczucie głodu w trakcie porodu jeśli nie będzie przeciwwskazań.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chcę mieć możliwość spożywania płynów (woda niegazowana) podczas porodu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wyrażam zgodę na przebicie pęcherza płodowego tylko ze wskazań medycznych.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym mieć możliwość poruszania się w I okresie porodu, korzystać z worka sako, piłki lub drabinki.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeśli poród rozpocznie się nocą, chciałabym, aby światła były przygaszone na tyle na ile pozwoli na to sytuacja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym mieć możliwość korzystania z niefarmakologicznych metod uśmierzania bólu (immersja wodna, masaż, okłady ciepłe lub zimne, muzykoterapia, techniki oddechowe, relaksacja, mój własny TENS itp.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w jakiej rodzę.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
W sytuacji, kiedy będzie konieczność podłączenia kroplówki, chciałabym nadal mieć możliwość poruszania się.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



TAK NIE

W przypadku, gdybym nie radziła sobie z efektywnym parciem, proszę o instruktaż.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym mieć możliwość dotknięcia główki dziecka w trakcie jej wyłaniania.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym przeć w taki sposób, jak podpowiada mi instynkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chcę, aby przed odpepnieniem pępowina przestała tętnić, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chcę, aby osoba towarzysząca przecięta pępowinę lub żebym mogła to zrobić sama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zależy mi na nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez minimum 2 godziny.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chcę przystawić dziecko do piersi jeszcze na sali porodowej.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planuję karmić piersią.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proszę zważyć i zmierzyć dziecko po zakończeniu pierwszego 2-godzinnego kontaktu „skóra do skóry”.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zgadzam się na zabieg Credego u mojego dziecka (profilaktykę zakażenia oka).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
W przypadku ukończenia porodu cięciem cesarskim, proszę o jasną informację o powodach takiej decyzji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zależy mi, aby po cięciu cesarskim dziecko mogło być „kangurowane” przez osobę bliską.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chcę, aby dziecko przebywało ze mną cały czas w pokoju.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym, aby wszystkie czynności i badania przy dziecku były wykonywane jeśli to możliwe w mojej obecności.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym otrzymać pomoc przy prawidłowym przystawianiu dziecka do piersi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chciałabym skorzystać z konsultacji doradcy laktacyjnego.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proszę o niedokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym bez mojej zgody.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proszę nie stosować smoczka bez mojej zgody.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeżeli miałabym taką potrzebę, chciałabym skorzystać z konsultacji psychologa lub psychiatry.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zgadzam się na szczepienia mojego dziecka zgodne z aktualnym kalendarzem szczepień.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dodatkowe informacje dla personelu medycznego związane z moimi oczekiwaniami:
