

Twój PLAN PORODU



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH

„Narodziny dziecka to jeden z najbardziej wyjątkowych momentów w życiu.

To chwila, w której oczekiwanie zamienia się w spotkanie, a miłość, która rosła przez dziewięć miesięcy, wreszcie znajduje swoje miejsce w Twoich ramionach.”



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH

Oto Twój Plan Porodu!

Droga Mamo,

ten plan porodu pomoże nam lepiej zrozumieć Twoje oczekiwania i potrzeby. Pamiętaj, że każdy poród jest inny - dlatego Twoje preferencje będziemy realizować zawsze wtedy, gdy będzie to bezpieczne dla Ciebie i Twojego dziecka.

Naszym celem jest stworzenie dla Ciebie bezpiecznej, spokojnej i pełnej szacunku przestrzeni do narodzin Twojego dziecka.

*Pracownicy Szpitala Specjalistycznego
im. Henryka Klimontowicza*

Informacje podstawowe

Imię i nazwisko

Liczba ciąż: ____

Liczba porodów: ____

☐ Planuję rodzić sama

Pragnę, aby była przy mnie bliska osoba

☐ Mąż/Partner _____

☐ Inna osoba towarzysząca _____

☐ Chciałabym aby osoba towarzysząca była obecna przy wybranych/ wszystkich procedurach

☐ Chciałabym aby osoba towarzysząca była informowana o postępie porodu

Wyrażam zgodę na obecność studenta

☐ TAK ☐ NIE

☐ Chciałabym, aby podczas całego pobytu w szpitalu zapewniono mi intymność oraz poszanowanie godności osobistej mojej oraz mojego dziecka.

☐ Chciałabym być informowana, przez cały okres pobytu, o planowanych procedurach, zagrożeniach dotyczących mnie i dziecka oraz stosowanych lekach.

Przygotowanie do porodu

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie:

☐ lewatywy

☐ strzyżenie krocza

Poród

Chciałabym mieć możliwość picia płynów i spożywania posiłków

☐ TAK ☐ NIE

☐ BEZ ZNACZENIA

Zgadzam się na wykonywanie zapisów

KTG

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

Zgadzam się na **podanie oksytocyny** ze wskazań medycznych

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

Zgadzam się na **przebicie pęcherza płodowego**

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

Chciałabym mieć możliwość

-Poruszania się

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

-Korzystania z piłki porodowej

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

-Korzystania z prysznicza

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

-Korzystania z worka sako

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

-Słuchania własnej muzyki relaksacyjnej

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

☐ Chciałabym spróbować urodzić dziecko w pozycji

Bardzo proszę o wskazówki i porady podczas parcia

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

Całkowicie **niezgodne** z moją wizją porodu jest

Lagodzenie bólu

Chciałabym skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego

☐ TAK ☐ NIE ☐ BEZ ZNACZENIA

Ochrona / nacięcie krocza

☐ Wyrażam zgodę na nacięcie krocza, jeśli będą ku temu wskazania medyczne

☐ Nie wyrażam zgody na nacięcie krocza

☐ Proszę o miejscowe znieczulenie przy szyciu krocza

Przygotowałam moje krocze do porodu za pomocą:

- ☐ MASAŻU
- ☐ ĆWICZENIA MIĘŚNI DNA MIEDNICY
- ☐ ĆWICZYŁAM NA BALONIKU
- ☐ NIE PRZYGOTOWAŁAM KROCZA
- ☐ Zależy mi aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę
- ☐ Zależy mi na pobraniu krwi pępowinowej
- ☐ W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na rozwiązanie ciąży w sposób zabiegowy (cesarskie cięcie, próżnościąg położniczy)
- ☐ Chciałabym karmić piersią i proszę o umożliwienie mi tego jeszcze na sali porodowej.

Po porodzie

Chciałabym:

- ☐ Pozostać z dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie skóra do skóry przez 2h po porodzie
- ☐ Chciałabym być poinstruowana jak mam przewijać, pielęgnować i kąpać dziecko
- ☐ Wyrażam zgodę na kąpiel dziecka w oddziale neonatologicznym
- ☐ Wyrażam zgodę na zabieg Credego (profilaktyka rzeżączkowego zapalenia spojówek)
- ☐ Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka przeciwko WZW B, BCG

- ☐ Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku domięśniowo witaminy K

Jeśli poród zakończy się cięciem cesarskim

Rozumiem, że w niektórych sytuacjach ze względów medycznych konieczne może być zakończenie porodu poprzez cięcie cesarskie. W miarę możliwości i jeśli stan mój oraz dziecka na to pozwoli, chciałabym:

- ☐ aby osoba towarzysząca mogła być obecna przy cesarskim cięciu
- ☐ zobaczyć dziecko jak najszybciej po jego narodzinach
- ☐ mieć możliwość kontaktu skóra do skóry poprzez położenie dziecka na mojej klatce piersiowej możliwie jak najszybciej po cesarskim cięciu
- ☐ aby w przypadku braku możliwości kontaktu skóra do skóry ze mną, taki kontakt mógł odbyć się z osobą towarzyszącą
- ☐ aby pierwsze przystawienie do piersi odbyło się możliwie jak najszybciej.

Karmienie piersią

Czy wyraża Pani chęć karmienia piersią oraz skorzystania ze wsparcia i poradnictwa laktacyjnego podczas pobytu na oddziale?

- ☐ TAK
- ☐ NIE

Dodatkowe życzenia

Jeśli coś jeszcze powinniśmy wiedzieć,
aby pomóc Ci przeżyć poród spokojnie
i bezpiecznie, napisz to tutaj :)

Pamiętaj

Plan porodu jest listą preferencji.

W sytuacji zagrożenia życia lub z zdrowia
mamy albo dziecka personel medyczny
podejmie decyzje zgodne z aktualną
wiedzą medyczną w trosce o Wasze
zdrowie i bezpieczeństwo.

Podpis pacjentki

Notatki

Notatki



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH

Notatki



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. HENRYKA KLIMONTOWICZA W GORLICACH