



PLAN PORODU

Imię i nazwisko.....

Lekarz (położna) prowadząca ciążę:

Osoba towarzysząca w trakcie porodu.....

PORÓD

Proszę o nie wykonywanie takich zabiegów jak golenie czy lewatywa, 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.	
Jeżeli dziecko będzie czuło się dobrze, wolałabym, aby słuchano tętna dziecka co 15 minut, a nie na stałe.	
Proszę o ograniczenie do minimum ilość badań dopochwowych.	
Chciałabym w pierwszym okresie porodu móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. (prysznic, masaż, piłka położnicza, tens)	
Chciałabym móc jeść i pic podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań.	
Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej.	
Chciałabym prosić o przygaszenie świateł i wyciszenie w chwili, gdy dziecko będzie przychodzić na świat.	
Chciałabym mieć możliwość dotknięcia główki dziecka w trakcie jej rodzenia się.	
Chciałabym mieć znieczulenie zewnątrzoponowe w trakcie porodu w przypadku dostępności zespołu anestezyjologicznego.	
Chciałabym uniknąć wszelkich środków zmieniających świadomość.	
Chciałabym uniknąć wywoływania porodu (przebicie pęcherza płodowego, kroplówka z oksytocyną), chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne.	
Chciałabym, by pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie, jak będzie mi nakazywał instynkt.	
Prosiłabym, by położna tuż po porodzie położyła mi dziecko na brzuchu.	

OCHRONA KROCZA

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

CIECIE CESARSKIE

Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji	
Wolałabym uniknąć cięcia cesarskiego, chyba że będzie ono konieczne.	
Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła być obecna podczas zabiegu a po urodzeniu dziecka umożliwiono jej kontakt skóra do skóry.	

PO PORODZIE

Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę.	
Proszę pozwolić, aby pępowina samoistnie przestała pulsować zanim się ją przetnie.	
Proszę o pobranie komórek macierzystych dla mojego dziecka.	
Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas w pokoju.	
Chciałabym, aby dziecko było ze mną w ciągu dnia, a w nocy było zabierane na oddział noworodkowy.	
Chciałabym mieć możliwość odwiedzin moich bliskich.	

OPIEKA NOWORODKA

Chciałabym trzymać moje dziecko blisko „skóra do skóry” przez pierwsze dwie godziny po porodzie.	
Chciałabym, żeby zabiegi dotyczące dziecka były w miarę możliwości wykonywane w mojej obecności.	
Jeśli konieczne będzie, by badania dziecka odbyło się poza moim pokojem chciałabym, by towarzyszyła mu stale osoba bliska.	

KARMIE NIE PIERSIĄ

Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć od razu po porodzie.	
Proszę nie dokarmiać mojego dziecka bez uzgadniania tego ze mną.	
Proszę nie podawać dziecku smoczka.	
Chciałabym wiedzieć więcej o karmieniu piersią.	
Nie planuję karmi piersią	

Inne uwagi i sugestie pacjentki.....

.....

Moją położną rodziną, jest..... telefon.....

Zdaję sobie sprawę, że mogą pojawić się różne okoliczności, w których mój plan porodu będzie zmodyfikowany.

data.....

podpis.....