**PLAN PORODU**

Mój PLAN PORODU określa moje życzenia i oczekiwania co do przebiegu porodu. Jestem świadoma, że może zostać modyfikowany podczas trwania porodu ze wskazań medycznych czy z powodu mojego stanu zdrowia.

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**TAK NIE**

 Wyrażam zgodę na lewatywę.

 Wyrażam zgodę na golenie okolic intymnych.

 Wyrażam zgodę na założenie drogi dożylnej.

 Chciałabym, aby w trakcie porodu towarzyszył/a mi (mąż/partner/przyjaciółka/inna osoba):…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Chciałabym być informowana o wykonywanych podczas porodu procedurach, zabiegach, stosownych lekach, a także zagrożeniach dotyczących mnie i dziecka.

 Chciałabym, aby mój poród przebiegał w poczuciu intymności z poszanowaniem godności osobistej mojej i mojego dziecka.

**I OKRES PORODU**

 Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji oraz korzystania worka sako, krzesła porodowego, piłki, itp.

 Chciałabym w czasie porodu pić wodę i spożywać posiłki.

 Proszę, aby osobie towarzyszącej mi przy porodzie udzielono informacji o postępie porodu.

 Chciałabym korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu: masaż, prysznic, muzykoterapia\*, aromaterapia\* (\**prosimy o przyniesienie ulubionej muzyki czy świec zapachowych*).

 Jestem zainteresowana skorzystaniem z inhalacji Entonox- gazu uśmierzającego ból.

 Chciałabym skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego.

 Proszę o ograniczenie ilości badań wewnętrznych do koniecznego minimum.

**TAK NIE II OKRES PORODU**

 Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie przez czas trwania II okresu porodu

 Chciałabym, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie, jak nakazywać mi będzie instynkt

 Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji dla mnie dogodnej

 Decyzję o ewentualny nacięciu krocza pozostawiam osobie prowadzącej poród, polegając na jej doświadczeniu i wiedzy – wyrażam zgodę na nacięcie krocza tylko w sytuacji konieczności

 Zgadzam się na podanie oxytocyny tylko w sytuacji konieczności

  **III OKRES PORODU**

 Proszę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka po samoistnym ustaniu jej tętnienia

 Proszę o przecięcie pępowiny przez personel medyczny dopiero po samoistnym ustaniu jej tętnienia

 Chciałabym mieć możliwość przystawienia dziecka do piersi zanim urodzę łożysko

 Proszę, aby po porodzie dziecko pozostało ze mną w kontakcie „skóra do skóry” najdłużej. Jak to jest możliwe

 Proszę o wykonanie wstępnej oceny stanu dziecka podczas kontaktu „skóra do skóry”

 Proszę o wykonanie niezbędnych czynności i zabiegów przy dziecku przy dziecku po zakończeniu pierwszego karmienia, chyba że lekarz zadecyduje inaczej

**CIĘCIE CESARSKIE**

 W przypadku zakończenia porodu przez ciecie cesarskie. Chcę zostać poinformowana o powodach tej decyzji oraz przebiegu zabiegu

 Jeżeli poród zakończy się cieciem cesarskim, a stan dziecka będzie na to pozwalał – proszę, aby ojciec dziecka mógł je kangurować

 Chciałabym, aby lekarz neonatolog jak najwcześniej poinformował mnie o stanie mojego dziecka

 Chciałabym jak najszybciej po cieciu cesarskim mieć możliwość karmienia piersią

**ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-NOWORODKOWY**

 Chciałabym po porodzie pozostać w systemie „rooming in”

 Chciałabym zostać poinstruowana, jak mam kąpać, przewijać i pielęgnować dziecko przed wypisem

 Proszę nie dokarmiać dziecka sztuczną mieszanką i nie podawać mu glukozy, chyba że ze wskazań medycznych będzie to konieczne

 Proszę nie podawać smoczka dziecku bez mojej zgody

 Zdecydowanie nie chcę karmić piersią

………………………………………………………………. ………………………………………………………….

Data, podpis i pieczątka lekarza/położnej data i podpis pacjentki