



SZPITAL POWIATOWY W ZAWIERCIU
ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie
tel. (0 32) 67-40-200; www.szpitalzawiercie.pl
REGON: 276271110; NIP 649-19-18-293

Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Izbą Przyj. i Bl. Por.
Kod res.cz. I: 00000014125
Kod res.cz. V: 01 SZPITAL
Kod res.cz. VII: 006
Kod res.cz. VIII: 4450

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

PLAN PORODU

Plan porodu ma na celu przekazanie oczekiwań i preferencji przyszłej mamy związanych z przebiegiem porodu. Może on być modyfikowany w zależności od sytuacji położniczej, wskazań medycznych i Pani sytuacji zdrowotnej oraz dziecka. Proszę zaznaczyć wybraną przez siebie odpowiedź.

PRZYGOTOWANIE DO PORODU/ PORÓD	
	Chciałabym rodzić z bliską, wybrana przeze mnie osobą
	Będę rodzić sama
	Nie wyrażam zgody na obecność studentów/studentek kierunku lekarskiego/położniczego
	Zależy mi, aby przy porodzie były obecne tylko niezbędne osoby z personelu medycznego
	Chciałabym mieć możliwość jedzenia i picia podczas porodu, jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych
	Proszę o wykonanie lewatywy
	Zależy mi, aby ograniczyć liczbę badań przez pochwę i aby w miarę możliwości odbywały się one w dogodnej dla mnie pozycji
	Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się w porodzie, przyjmowania dogodnych dla siebie pozycji zarówno w pierwszym jak i drugim okresie porodu
	Chciałabym skorzystać z naturalnych metod łagodzenia bólu porodowego (immersja wodna, prysznic, aromaterapia, masaż, TENS i innych proponowanych)
	Chciałabym móc skorzystać z gazu wziewnego - jako metody łagodzenia bólu porodowego
	Chciałabym skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego
	Jeżeli istnieje konieczność podania mi kroplówki naskurczowej lub monitorowania stanu dziecka, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji
	Zależy mi, aby w momencie rodzenia się mojego dziecka przygaszono światła i panowała intymna atmosfera
	Zależy mi na robieniu zdjęć/ nagrywaniu porodu
	Chciałabym urodzić do wody
	Chciałabym przeć w sposób instynktowny, przeć spontanicznie

	Proszę o instruowanie mnie w trakcie parcia
	Zależy mi na ochronie krocza
	Zgadzam się na nacięcie krocza, gdy będzie taka konieczność
PO URODZENIU DZIECKA	
	Proszę o położenie mi dziecka na klatce piersiowej/brzuchu zaraz po porodzie
	Zależy mi, aby pępowino zaciśnięto dopiero po ustaniu tętnienia
	Zależy mi, żeby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę
	Proszę zważyć i zmierzyć moje dziecko po zakończeniu pierwszego kontaktu „skóra do skóry”
	Proszę o ocenę noworodka na podstawie skali Apgar podczas kontaktu „skóra do skóry” oraz przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego po zakończeniu pierwszego kontaktu, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych
CIĘCIE CESARSKIE	
	Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła być w kontakcie „skóra do skóry” z moim dzieckiem
	Zależy mi, żeby mieć możliwość jak najszybszego pierwszego kontaktu z dzieckiem, jeśli jego stan będzie na to pozwalał
NA ODDZIALE POŁOŻNICZYM	
	Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas w pokoju
	Chciałabym, mieć możliwość pozostawienia noworodka na oddziale noworodkowym na noc lub w ciągu dnia, gdy np. będę chciała wziąć prysznic
	Zależy mi na karmieniu piersią
	Nie chcę karmić piersią
INNE WAŻNE UWAGI	

.....

Data

.....

Podpis pacjentki

.....

Podpis położnej