



PLAN PORODU

Plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do Pani sytuacji zdrowotnej i wskazań medycznych. Jeśli przed porodem lub w czasie porodu wystąpią komplikacje lub wskazania medyczne do zastosowania określonych procedur, dla bezpieczeństwa oraz dobra matki i dziecka plan porodu może ulec zmianie.

.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
PESEL

.....
NR KS. GŁÓWNEJ

1. Mój stan zdrowia

- Miałam pobierany wymaz z pochwy w kierunku *Streptococcus agalactiae* / GBS
- Mam czynnik krwi Rh – /ujemny/
- Mam cukrzycę ciążową
- Inne

2. Gdzie będzie odbywał się poród?

- Sala porodów rodzinnych
- Sala porodów ogólna

3. Osoba towarzysząca podczas porodu

W czasie porodu będzie towarzyszyć mi:

-
 Nie będę miała osoby towarzyszącej

4. Moje oczekiwania dotyczące przygotowania do porodu

- Proszę o wykonanie lewatywy
- Proszę o golenie okolicy krocza
- Nie chcę mieć wykonywanej lewatywy
- Nie chcę mieć wykonywanego golenia

5. Wywoływanie porodu

- Chciałabym uniknąć wywołania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne
- Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego, chyba że będzie to konieczne

6. Warunki w czasie porodu - Zależy mi, aby w czasie mojego porodu

- Personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie zabiegi zanim zostaną one wykonane
- Były przyciemnione światła, panował spokój i cisza
- Umożliwiono mi słuchanie ulubionej muzyki
- Umożliwiono mi założenie własnego stroju
- Nie było studentów i innych postronnych osób
- Zminimalizowano badania dopochwowe
- Chciałabym, by pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie jak będzie nakazywał mi instyngt
- Chciałabym, by położna tuż po porodzie położyła mi dziecko na brzuchu
- Proszę o umożliwienie przecięcia pępowiny ojcu dziecka
- Proszę, aby pępowinę przecięła osoba z personelu medycznego
- Inne (określ) :

7. Naturalne metody łagodzenia bólu porodowego

- Chciałabym w pierwszym okresie porodu móc korzystać z prysznic
- Chciałabym mieć możliwość poruszania się w czasie porodu, swobodnego wyboru pozycji
- Możliwości skorzystania z piłki, worka sako, drabinki
- Inne (określ).....

8. Farmakologiczne środki łagodzące ból

- Gaz rozweselający
- Środki znieczulające np. Dolcontral
- Znieczulenie zewnątrzoponowe/ZOP
- Nie chcę, aby podawano mi farmakologiczne środki łagodzące ból

9. Chciałabym urodzić w pozycji

- Wertykalnej: tj. stojąca, siedząca, kuczna, klęcząca, leżąc na boku
- Leżącej (na plecach)
- Półsiedzącej lub innej /określ/.....

10. W miarę możliwości chciałabym uniknąć

- Stałego słuchania tętna dziecka, chyba że będzie to konieczne z przyczyn medycznych
- Nacięcia krocza, chyba że będzie to konieczne z przyczyn medycznych

11. Karmienie dziecka

- Planuję karmić piersią
- Nie planuję karmić piersią

12. Uwagi.....
.....
.....

Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.

.....
(pieczętka i podpis położnej)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis pacjentki)

DOTYCZY POBYTU MATKI Z NOWORODKIEM W ODDZIALE

1. Część położnicza oddziału zorganizowana jest w systemie **rooming-in**, matka przebywa razem z noworodkiem w tej samej Sali pod opieką kwalifikowanej położnej.
2. Wszystkie sale dla położnic są jedno, dwu i trzyosobowe. Posiadają też własne stanowisko pielęgnacyjne z wanienką do kąpieli.
3. Po cięciu cesarskim przez dwie doby matka przebywa w sali pooperacyjnej razem z noworodkiem pod opieką położnych, po tym czasie matka wraz z noworodkiem zostaje przekazana do dalszej obserwacji i pielęgnacji na Odcinek położniczy.
4. Personel oddziału edukuje matkę w zakresie karmienia piersią, pielęgnacji noworodka, diety i higieny w połogu.