



PZOZ Starachowice
Nr księgi rej. 00000014630
Oddział
Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Salą Porodową
Batalionów Chłopskich 6, 27-200 Starachowice
tel. 41 2739877
Kod VII: 012, Kod VIII: 4450
REGON: 291141752 NIP: 6641873185

Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Salą Porodową

Data wystawienia:

PLAN PORODU

Nazwisko i imię:

Płeć: **K**

Data urodzenia:

Wiek:

Pesel:

Adres:

Telefon:

Data przyjęcia:

L. wyk. oddz.:

L. wyk. gł.:

Lekarz prowadzący ciążę:

Osoba towarzysząca w trakcie porodu (kim jest? - mąż, rodzina, partner, przyjaciółka):

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

Poród	TAK	NIE
Chciałabym mieć zrobioną lewatywę po przyjęciu do szpitala		
Prosiłabym o przygotowanie krocza do porodu - golenie		
Zależy mi na tym, by personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie procedury medyczne zanim zostaną wykonane		
Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety podczas pierwszego okresu porodu		
Chciałabym mieć możliwość picia wody podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań		
Chciałabym uniknąć wywołania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne		
Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne		
Chciałabym wypróbować naturalnych sposobów wywołania porodu, zanim zostaną zastosowane medyczne sposoby		
Chciałabym w pierwszym okresie porodu mieć możliwość skorzystania z wanny lub prysznica		
Chciałabym, aby badania przezpochwowe były ograniczone do koniecznego minimum		
Chciałabym, aby na sali porodowej panował spokój, światła były przygaszone oraz zachowano moją intymność		
Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej		
Chciałabym, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie jaki będzie mi nakazywał instykt, jeśli poród będzie przebiegał w sposób prawidłowy		
Proszę o nie nacinanie krocza, chyba, że będzie to konieczne ze wskazań medycznych		
Wolałabym mieć nacięte krocze		
Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła robić zdjęcia moje i noworodka za zgodą personelu medycznego		
Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji		
Chciałabym znieczulenie zewnątrzoponowe, jeśli będą wskazania medyczne		
Nie chciałabym znieczulenia zewnątrzoponowego		
Chciałabym otrzymywać środki przeciwbólowe		
Nie chcę środków przeciwbólowych zmieniających świadomość		

Poród	TAK	NIE

Po porodzie	TAK	NIE
Proszę o położenie dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej zaraz po porodzie		
Chciałabym aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę		
Chcę aby położna przecięła pępowinę		
Proszę pozwolić aby pępowina przestała tętnić zanim się ją przetnie, jeśli nie będzie przeciwwskazań		

Opieka noworodkowa	TAK	NIE
Chciałabym, aby dziecko było w kontakcie skóra do skóry przez pierwsze godziny po porodzie, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych		
Jeśli to możliwe, proszę ocenić stan dziecka na moim brzuchu		
Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas, jeżeli nie ma przeciwwskazań		
Nie mam doświadczenia w opiece nad noworodkiem, więc proszę o wzmożoną opiekę ze strony personelu		

Karmienie piersią	TAK	NIE
Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć karmić od razu po porodzie		
Proszę nie dokarmiać dziecka bez uwzględnienia tego wcześniej ze mną		
Chciałabym wiedzieć więcej o karmieniu piersią		
Chciałabym się spotkać z doradcą laktacyjnym		

.....
podpis pacjentki