

# PLAN PORODU

Imię i nazwisko Pacjentki:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>OCZEKIWANIA, CO DO PRZEBIEGU PORODU</b>				
Lp.	ANKIETA	WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ OTOCZYĆ OBWÓDKĄ		
1.	Chciałabym rodzić ze wskazaną przeze mnie osobą towarzyszącą	TAK	NIE	NIE WIEM
2.	Chciałabym słuchać cichej muzyki przyniesionej przez siebie	TAK	NIE	NIE WIEM
3.	Chciałabym ograniczyć jaskrawe oświetlenie	TAK	NIE	NIE WIEM
4.	Chciałabym być informowaną o konieczności poddania się określonym procedurom medycznym w odpowiednim czasie i w przystępnej formie językowej	TAK	NIE	NIE WIEM
5.	Chciałabym mieć wykonaną lewatywę	TAK	NIE	NIE WIEM
6.	Chciałabym korzystać z toalety ilekroć będę miała taką potrzebę (z wyłączeniem stanu zagrożenia płodu)	TAK	NIE	NIE WIEM
7.	Chciałabym mieć przy sobie wodę do zwilżania ust	TAK	NIE	NIE WIEM
8.	Chciałabym zachować swobodę ruchów: aktywna zmiana pozycji w okresie porodu, bez ciągłego monitorowania płodu w pozycji leżącej (z wyłączeniem sytuacji zagrożenia płodu)	TAK	NIE	NIE WIEM
9.	Chciałabym korzystać z udogodnień w porodzie: piłka, worek sako, znieczulenie do porodu	TAK	NIE	NIE WIEM
10.	Chciałabym w sposób maksymalny ograniczyć udział osób trzecich	TAK	NIE	NIE WIEM
11.	Chciałabym zachowywać się spontanicznie (np.: krzyczeć o ile będzie mi to przynosiło ulgę lub dawało postęp porodu)	TAK	NIE	NIE WIEM
12.	Proszę o stosowanie oksycytocyny w uzasadnionych medycznie sytuacjach	TAK	NIE	NIE WIEM
13.	Chciałabym zachować ciągłość pęcherza płodowego, chyba że wystąpią wskazania medyczne do przebicia.	TAK	NIE	NIE WIEM
14.	Chciałabym uniknąć rutynowego nacięcia krocza (wyłączając wskazania medyczne)	TAK	NIE	NIE WIEM
15.	Chciałabym uzyskać pomoc w prawidłowo przebiegającym, pierwszym, wczesnym kontakcie „skóra do skóry”: położenie nagiego noworodka, jeszcze przed przecięciem pępowiny, na moim gołym brzuchu / klatce piersiowej i okrycie go przygotowanymi do tego celu pieluszkami oraz asystę państwa w przyjęciu przeze mnie prawidłowej, wygodnej pozycji i samodzielnym przystawieniu dziecka do piersi (technika „bez użycia rąk”)	TAK	NIE	NIE WIEM

16.	Chciałabym pozwolić na przecięcie pępowiny osobie towarzyszącej po ustaniu tętnienia (przy braku przeciwwskazań)	TAK	NIE	NIE WIEM
17.	Chciałabym przy braku przeciwwskazań medycznych być z dzieckiem w trzecim i czwartym okresie porodu	TAK	NIE	NIE WIEM
18.	Chciałabym w przypadku konieczności zastosowania krótkotrwałego znieczulenia ogólnego powierzyć moje dziecko w ręce osoby towarzyszącej w porodzie, tak abym zaraz po wybudzeniu mogła z nim być	TAK	NIE	NIE WIEM
19.	W przebiegu ewentualnego operacyjnego zakończenia porodu chciałabym mieć zapewniony choćby krótki kontakt z dzieckiem (po stabilizacji stanu ogólnego, wyłączając stan zagrożenia życia)	TAK	NIE	NIE WIEM
20.	Chcę aby podczas porodu została pobrana krew pępowinowa dziecka. Mam zawartą umowę z firmą.....	TAK	NIE	NIE WIEM

### MOJE OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE OPIEKI POPORODOWEJ

21.	Chcę karmić piersią	TAK	NIE	NIE WIEM
22.	Chcę zacząć karmienie w najkrótszym czasie po porodzie, jak tylko to możliwe	TAK	NIE	NIE WIEM
23.	Chcę mieć dziecko przy sobie przez cały czas pobytu w oddziale położniczym	TAK	NIE	NIE WIEM
24.	Chcę liczyć na wsparcie i pomoc w karmieniu piersią: asysta w prawidłowym przystawianiu do piersi i doborze właściwej pozycji w karmieniu, niedokarmianiu noworodka bez uzgodnienia ze mną (proszę o poinformowanie mnie o zaistnieniu wskazań medycznych)	TAK	NIE	NIE WIEM
25.	Chcę być obecna, jeśli to możliwe przy realizacji procedur medycznych u mojego dziecka: np.: pulsoksymetria, badanie słuchu	TAK	NIE	NIE WIEM
26.	Chcę po porodzie drogą cięcia cesarskiego w znieczuleniu i podpajęczynówkowym i przybyciu z Sali pooperacyjnej do oddziału położniczo - noworodkowego być w bliskim kontakcie z dzieckiem mimo braku możliwości wstawania	TAK	NIE	NIE WIEM
27.	Chcę wsparcia i pomocy w skutecznym karmieniu piersią	TAK	NIE	NIE WIEM
28.	Chcę wprowadzenia do samoobserwacji i samoopieki oraz pielęgnacji noworodka	TAK	NIE	NIE WIEM

.....  
DATA I PODPIS PACJENTKI