



# PLAN PORODU

MOJE POTRZEBY • MOJE PREFERENCJE • WSPÓLNE DECYZJE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI

Poniższy plan opisuje moje osobiste preferencje. Rozumiem, że będą one realizowane w zakresie, w jakim pozwolą na to sytuacja kliniczna, bezpieczeństwo moje i dziecka oraz możliwości organizacyjne oddziału.

Proszę o zapoznanie się z planem, omówienie go ze mną oraz informowanie mnie o proponowanych badaniach, lekach i procedurach.

## • Najważniejsze informacje

DATA OSTATNIEJ MIESIĄCZKI

PRZEWIDYWANY TERMIN PORODU

WCZEŚNIEJSZE CIĄŻE, PORODY, PORONIENIA

CHOROBY PRZEWLEKŁE

PRZEBYTE OPERACJE

LEKI PRZYJMOWANE NA STAŁE

UCZULENIA

OSOBA TOWARZYSZĄCA

Posiadam zestaw do bankowania krwi pępowinowej

☐ TAK ☐ NIE

## KILKA SŁÓW ODE MNIE DO PERSONELU

Moje obawy, prośby, potrzeby i preferencje. Jak podchodzę do porodu? Kto się rodzi i jakie imię wybraliśmy dla dziecka?



## Otoczenie i organizacja porodu

### OSOBA TOWARZYSZĄCA

Chcę rodzić z osobą towarzyszącą. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym, aby osoba towarzysząca otrzymywała informacje o postępie porodu. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym, aby osoba towarzysząca była obecna przy badaniach i zabiegach - o ile będzie to możliwe. ☐ TAK ☐ NIE

### OBECNOŚĆ INNYCH OSÓB

Proszę, aby podczas porodu obecne były wyłącznie osoby niezbędne do udzielania świadczeń. ☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na obecność studentów podczas porodu. ☐ TAK ☐ NIE

### PRZYGOTOWANIE DO PORODU

Proszę o wykonanie lewatywy lub usunięcie owłosienia krocza wyłącznie wtedy, gdy będzie to konieczne albo gdy sama o to poproszę. ☐ TAK ☐ NIE

Proszę o założenie wkłucia dożylnego dopiero wtedy, gdy będzie ono potrzebne do podania płynów lub leków. ☐ TAK ☐ NIE

### MIEJSCE I ATMOSFERA PORODU

Chciałabym rodzić w sali jednoosobowej - jeżeli będzie dostępna. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym słuchać wybranej muzyki podczas porodu. ☐ TAK ☐ NIE

Proszę o możliwe przygaszone światło, szczególnie w momencie narodzin dziecka. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym korzystać z dostępnego sprzętu wspierającego poród, np. piłki, worka sako, drabinek i innych pomocy. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym skorzystać z immersji wodnej, prysznic lub wanny - jeżeli będzie to dostępne i bezpieczne. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym pić i, jeżeli nie będzie przeciwwskazań medycznych, spożywać lekkie posiłki w trakcie porodu. ☐ TAK ☐ NIE

### MOJE WSTĘPNE PREFERENCJE DOTYCZĄCE INTERWENCJI

Zaznaczenia nie zastępują świadomej zgody udzielanej po uzyskaniu informacji o wskazaniach, korzyściach, ryzyku i możliwych alternatywach.

Przebiecie pęcherza płodowego (amniotomia). ☐ TAK ☐ NIE

Podanie oksytocyny w trakcie porodu. ☐ TAK ☐ NIE

Podawanie dożylnych płynów lub leków. ☐ TAK ☐ NIE

Ciągły zapis KTG. ☐ TAK ☐ NIE

Indukcja porodu. ☐ TAK ☐ NIE

Nacięcie krocza. ☐ TAK ☐ NIE

Moja prośba: interwencje proszę stosować wyłącznie wtedy, gdy są ku temu wskazania medyczne, po wcześniejszym wyjaśnieniu przyczyny i uzyskaniu mojej zgody - poza sytuacją nagłą.



## Przebieg porodu i łagodzenie bólu

### ŁAGODZENIE BÓLU I AKTYWNOŚĆ

- Zanim zostaną mi zaproponowane leki przeciwbólowe, chciałabym skorzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. ☐ TAK ☐ NIE
- Chcę zachować możliwość poruszania się i przyjmowania pozycji wertykalnych zgodnie z potrzebą. ☐ TAK ☐ NIE
- Dopuszczam możliwość skorzystania z farmakologicznych metod łagodzenia bólu, np. znieczulenia zewnątrzoponowego, leków dożylnych lub analgezji wziewnej - po omówieniu dostępności i przeciwwskazań. ☐ TAK ☐ NIE
- Jeżeli zostanie zastosowane znieczulenie lub monitoring KTG, chciałabym zachować możliwie największą swobodę ruchu. ☐ TAK ☐ NIE

### I FAZA PORODU

Chciałabym skorzystać ze sprzętów lub pomocy przyniesionych z domu:

### II FAZA PORODU

- Zależy mi na możliwości wyboru dogodnej pozycji przez cały drugi okres porodu. ☐ TAK ☐ NIE
- Chciałabym urodzić dziecko w pozycji wertykalnej - jeżeli sytuacja medyczna na to pozwoli. ☐ TAK ☐ NIE
- Proszę o wspieranie i instruowanie mnie podczas parcia. ☐ TAK ☐ NIE
- Chciałabym przeć spontanicznie, zgodnie z odczuwanym odruchem parcia. ☐ TAK ☐ NIE
- Pragnę uniknąć nacięcia krocza. ☐ TAK ☐ NIE
- Wyrażam zgodę na nacięcie krocza, jeżeli pojawią się uzasadnione wskazania medyczne i zostanie mi to wyjaśnione. ☐ TAK ☐ NIE
- Chciałabym dotknąć rodzącej się główki dziecka. ☐ TAK ☐ NIE

W sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia wyrażam zgodę na ukończenie porodu sposobem zabiegowym lub operacyjnym po przekazaniu mi możliwych do udzielenia informacji.

### III FAZA PORODU

- Chciałabym spróbować urodzić łożysko samoistnie, zanim zostaną podane leki obkurczające macicę - jeżeli będzie to bezpieczne. ☐ TAK ☐ NIE
- Chciałabym, aby pępowina została zaciśnięta i przecięta po ustaniu tętnienia - o ile nie będzie przeciwwskazań. ☐ TAK ☐ NIE
- Chciałabym przystawić dziecko do piersi możliwie szybko, także przed urodzeniem łożyska - jeżeli będzie to możliwe. ☐ TAK ☐ NIE

Pępowinę ma przeciąć:

- ☐ osoba towarzysząca ☐ ja ☐ położna

### IV FAZA PORODU

- Chciałabym, aby dziecko pozostawało ze mną w nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” możliwie jak najdłużej. ☐ TAK ☐ NIE
- Proszę, aby wstępna ocena stanu zdrowia dziecka odbyła się na moim brzuchu - o ile będzie to bezpieczne. ☐ TAK ☐ NIE
- Proszę nie ubierać dziecka od razu; wystarczy je osuszyć i okryć. ☐ TAK ☐ NIE
- Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła pozostać z nami po porodzie tak długo, jak pozwoli na to zasady oddziału. ☐ TAK ☐ NIE
- Karmienie:**
- ☐ karmię piersią - proszę o pomoc
- ☐ nie chcę karmić piersią



## Cięcie cesarskie i opieka nad noworodkiem

### W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI CIĘCIA CESARSKIEGO

Chciałabym zostać poinformowana o wskazaniach do przeprowadzenia operacji. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła być ze mną podczas operacji - jeżeli pozwolą na to warunki medyczne i organizacyjne. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym mieć możliwie długi kontakt „skóra do skóry” z dzieckiem jeszcze na sali operacyjnej lub jak najszybciej po zabiegu. ☐ TAK ☐ NIE

Jeżeli mój kontakt z dzieckiem nie będzie możliwy, proszę umożliwić osobie towarzyszącej kangurowanie noworodka. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła być ze mną po operacji - zgodnie z zasadami oddziału. ☐ TAK ☐ NIE

### NOWORODEK

Chciałabym pierwszy raz wykąpać dziecko samodzielnie w domu. ☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na kąpiel noworodka w szpitalu. ☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na wykonanie szczepień u mojego dziecka - po przekazaniu mi informacji i zgodnie z aktualnym programem szczepień. ☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na zabieg Credégo - po przekazaniu mi informacji. ☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na domięśniowe podanie witaminy K - po przekazaniu mi informacji. ☐ TAK ☐ NIE

Chciałabym, aby wszystkie badania i zabiegi odbywały się w obecności mojej lub ojca dziecka - o ile jest to możliwe. ☐ TAK ☐ NIE

Proszę o ubranie dziecka w rzeczy przyniesione z domu. ☐ TAK ☐ NIE

Podczas pobytu w szpitalu wyrażam zgodę na wykonanie badań przesiewowych u dziecka - po przekazaniu mi informacji. ☐ TAK ☐ NIE

Decyzje dotyczące szczepień, profilaktyki i badań noworodka są podejmowane po rozmowie z personelem oraz uzyskaniu informacji adekwatnych do stanu zdrowia dziecka.

### DODATKOWE UWAGI

data i podpis pacjentki

data i podpis osoby omawiającej plan