

„Pro-Medica” w Ełku Sp. z o.o.

01 – Szpital

19-300 Ełk, ul. Baranki 24

007 – Oddział Ginekologiczno-Położniczy

tel. 87 620-95-33

Rejestr PWDL 000000015229 REGON 510996861

Pieczęćka Oddziału

Data:

PLAN PORODU

Imię i nazwisko: PESEL:


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.**

Lp.	PORÓD	Tak	Nie
1	Chciałabym mieć zrobioną lewatywę po przyjęciu do szpitala		
2	Prosiłabym o przygotowanie krocza do porodu - golenie		
3	Zależy mi na tym, by personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie procedury medyczne zanim zostaną wykonane		
4	Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z toalety podczas pierwszego okresu porodu		
5	Chciałabym mieć możliwość picia wody podczas porodu, jeżeli nie ma przeciwwskazań		
6	Chciałabym uniknąć wywołania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne		
7	Proszę o nie przebijanie pęcherza płodowego, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne		
8	Chciałabym wypróbować naturalnych sposobów wywołania porodu, zanim zostaną zastosowane medyczne sposoby		
9	Chciałabym w pierwszy okresie porodu mieć możliwość skorzystania z prysznicza		
10	Chciałabym, aby badania przez pochwowę były ograniczone do koniecznego minimum		
11	Chciałabym, aby na sali porodowej panował spokój, światła były przygaszone oraz zachowano moją intymność		
12	Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej		
13	Chciałabym, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie jaki będzie mi nakazywał instynkt, jeśli poród będzie przebiegał w sposób prawidłowy		
14	Proszę o nie nacinanie krocza, chyba, że będzie to konieczne ze wskazań medycznych		
15	Wolałabym mieć nacięte krocze		
16	Chciałabym, aby osoba towarzysząca mogła robić zdjęcia moje i noworodka za zgodą personelu medycznego		
17	Jeśli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji		
18	Chciałabym znieczulenie zewnątrzoponowe		
19	Chciałabym otrzymywać środki przeciwbólowe		

	PLAN PORODU		
	Formularz F-3165_01	Data wprowadzenia: 2.02.2022	Data aktualizacji:
			1 / 2

Lp.	PO PORODZIE	Tak	Nie
1	Proszę o położenie dziecka na moim brzuchu/klatce piersiowej zaraz po porodzie		
2	Chciałabym aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę		
3	Chcę aby położna przecięła pępowinę		
4	Proszę pozwolić aby pępowina przestała tętnić zanim się ją przetnie, jeśli nie będzie przeciwwskazań		

Lp.	OPIEKA NOWORODKOWA	Tak	Nie
1	Chciałabym, aby dziecko było w kontakcie skóra do skóry przez pierwsze godziny po porodzie, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych		
2	Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas, jeżeli nie ma przeciwwskazań		

Lp.	KARMIENIE PIERSIĄ	Tak	Nie
1	Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć karmić od razu po porodzie		
2	Proszę nie dokarmiać dziecka bez wskazań medycznych		
3	Proszę o udzielenie porady laktacyjnej		

W tym miejscu może wpisać Pani dodatkowe prośby i uwagi

.....
czytelny podpis pacjentki

.....
podpis osoby omawiającej plan porodu