

PLAN PORODU

.....Pesel.....

Imię Nazwisko

Informuję, iż towarzyszyć mi będzie w czasie
porodu.....

**Przedstawiając poniższy Plan Porodu jestem świadoma ,że jest on listą moich
oczekiwań i preferencji jego realizacja jest możliwa wówczas gdy nie ma
przeciwwskazań medycznych.**

**Jeśli w czasie porodu wystąpią wskazania medyczne do zastosowania
określonych procedur celem zachowania bezpieczeństwa mojego i mojego
dziecka poniższy plan może ulec zmianie.**

PLAN PORODU	PREFEROWANE POSTĘPOWANIE	
	TAK	NIE
PROSZĘ O BIEŻĄCE UZGADNIANIE I INFORMOWANIE MNIE O WSZYSTKICH PROCEDURACH MEDYCZNYCH	TAK	NIE
PREFERUJĘ REALIZACJĘ PORODU Z ZACHOWANIEM INTYMNOŚCI , W OBECNOŚCI TYLKO NIEZBĘDNYCH OSÓB Z PERSONELU MEDYCZNEGO	TAK	NIE
CHCIAŁABYM ABY BADANIA PRZEZ POCHWĘ BYŁY OGRANICZONE DO KONIECZNEGO MINIMUM	TAK	NIE
W TRAKCIE PORODU PROSZĘ O UMOŻLIWIENIE SKORZYSTANIA Z NIEFARMAKOLOGICZNYCH SPOSOBÓW UŚMIERZANIA BÓLU TAKICH JAK NP.MASAŻ, CIEPŁY PRYSZNIC,WANNA	TAK	NIE
JEŚLI NIE WYSTĄPIĄ PRZECIWSKAZANIA MEDYCZNE PROSZĘ O UMOŻLIWIENIE SKORZYSTANIA ZE ZNIECZULENIA FARMAKOLOGICZNEGO	TAK	NIE
CHCĘ MIEĆ MOŻLIWOŚĆ SKORZYSTANIA Z DOSTĘPNYCH PRZYRZĄDÓW UŁATWIAJĄCYCH PRZEBIEG PORODU : DRABINKA, WÓREK SAKO ,PIŁKA, STOŁECZEK PORODOWY, LINY	TAK	NIE
PROSZĘ O PRZYGOTOWANIE ZE WZGLĘDÓW HIGIENICZNYCH KROCZA – WYRAŻAM ZGODĘ NA USUNIĘCIE OWŁOSIENIA ŁONOWEGO	TAK	NIE
PROSZĘ O WYKONANIE JEDNORAZOWEJ LEWATYWY	TAK	NIE
CHCIAŁABYM MIEĆ MOŻLIWOŚĆ SWOBODNEJ ZMIANY POZYCJI, PORUSZANIA SIĘ I KORZYSTANIA Z TOALETY W PIERWSZYM OKRESIE PORODU	TAK	NIE
CHCIAŁABYM WYPRÓBOWAĆ NATURALNE SPOSOBY WYWOŁANIA PORODU, ZANIM ZOSTANĄ ZASTOSOWANE MEDYCZNE SPOSOBY	TAK	NIE
CHCIAŁABYM MIEĆ SWOBODĘ WYBORU POZYCJI PORODU	TAK	NIE
PROSZĘ O NIE NACINANIE KROCZA ,CHYBA ,ŻE BĘDZIE TO KONIECZNE ZE WSKAZAŃ MEDYCZNYCH	TAK	NIE
W UZASADNIONYM MEDYCZNIE PRZYPADKU WYRAŻAM ZGODĘ	TAK	NIE

NA STYMULACJĘ PORODU OKSYTOCYNĄ		
WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEBICIE PEŁCZERZA PŁODOWEGO TYLKO ZE WSKAZAŃ MEDYCZNYCH	TAK	NIE
PROSZĘ O OBECNOŚĆ OSOBY TOWARZYSZĄCEJ W TRAKCIE CAŁEGO PORODU	TAK	NIE
WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZECIĘCIE PEPOWINY PRZEZ TOWARZYSZĄCĄ MI OSOBĘ	TAK	NIE
CHCIAŁABYM ABY OSOBA TOWARZYSZĄCA MOGŁA ZROBIĆ ZDJĘCIE MOJE I NOWORODKA ZA ZGODĄ PERSONELU PROWADZĄCEGO PORÓD	TAK	NIE
PROSZĘ O ZAPEWNIENIE KOMFORTU „SKÓRA DO SKÓRY” OD RAZU PO PORODZIE	TAK	NIE
ROZUMIEM, ŻE W UZASADNIONYCH PRZYPADKACH PIERWSZY KONTAKT”SKÓRA DO SKÓRY :ORAZ PRZYSTAWIENIE DO PIERSI MOGĄ ULEC OPÓŹNIENIU	TAK	NIE
PROSZĘ O POMOC W PRZYSTAWIENIU DZIECKA DO PIERSI	TAK	NIE
JEŚLI ZAISTNIEJĄ SYTUACJE MEDYCZNE KONIECZNE DO WYKONANIA CIĘCIA CESARSKIEGO ,CHCIAŁABYM ZOSTAĆ W PEŁNI POINFORMOWANA O POWODACH TAKIEJ DECYZJI	TAK	NIE
JEŚLI ZAISTNIEJĄ SYTUACJE MEDYCZNE KONIECZNOŚCI WYKONANIA CIĘCIA CESARSKIEGO WIEM,ŻE OSOBA TOWARZYSZĄCA NIE MOŻE BYĆ NA SALI OPERACYJNEJ	TAK	NIE
MOJE DODATKOWE ŻYCZENIA		

Podpis Pacjentki

POWYŻSZY PLAN PORODU NALEŻY PRZEDSTAWIĆ POŁOŻNEJ W IZBIE PRZYJĘĆ ,A NASTĘPNIE W SALI PORODOWEJ GDZIE ZOSTANIE ON OMÓWIONY. JEGO REALIZACJA MOŻE BYĆ ZMODYFIKOWANA W ZALEŻNOŚCI OD UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNYCH ODDZIAŁU.