

CZĘŚĆ I – PLAN PORODU (wypełnia pacjentka przed porodem)

1. Dane pacjentki

Imię i nazwisko:

Osoba towarzysząca podczas porodu (jeżeli dotyczy)

Imię i nazwisko:

2. Szczególne potrzeby pacjentki np. religijne, kulturowe, językowe, związane z niepełnosprawnością, psychologiczne, komunikacja (np. tłumacz PJM), zachowanie zwiększonej intymności

☐ inne,

opis:

.....

.....

.....

.....

3. Preferencje dotyczące przebiegu porodu

a) Informacja i komunikacja

☐ zależy mi na bieżącej informacji o postępie porodu

☐ zależy mi na uzyskaniu informacji o proponowanych procedurach medycznych oraz możliwości zadawania pytań

b) Komfort porodu

☐ zależy mi, aby rodzić przy przyciemnionym świetle

☐ zależy mi, aby słuchać własnej muzyki

☐ zależy mi, aby korzystać z własnej odzieży

☐ zależy mi, aby korzystać z prysznica

☐ zależy mi, aby mieć możliwość swobodnego poruszania się

☐ zależy mi na możliwości wyboru pozycji podczas porodu, jeżeli pozwala na to stan kliniczny

c) Łagodzenie bólu

☐ zależy mi, aby korzystać z metod nefarmakologicznych

☐ proszę nie proponować farmakologicznych metod łagodzenia bólu, dopóki sama o nie poproszę

☐ zależy mi, aby móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego (ZZO), jeśli będzie dostępne i nie będzie przeciwwskazań medycznych

d) Kontakt z dzieckiem po porodzie

☐ zależy mi, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę

☐ zależy mi, aby pępowina została przecięta po ustaniu tętnienia

☐ zależy mi na kontakcie „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie

☐ zależy mi, aby nakarmić dziecko piersią jeszcze na sali porodowej, jeżeli pozwala na to stan zdrowia mój i dziecka.

e) Interwencje medyczne

☐ zależy mi, aby uniknąć indukcji porodu, chyba że istnieją wskazania medyczne

Oddział Położniczo-Ginekologiczny **SPZOZ w Kępnie**

☐ proszę nie wykonywać amniotomii (przebicia pęcherza płodowego), chyba że istnieją wskazania medyczne

☐ zależy mi na uniknięciu nacięcia krocza, chyba że istnieją wskazania medyczne

4. Cięcie cesarskie

☐ zależy mi, aby mieć możliwość jak najszybszego pierwszego kontaktu z dzieckiem jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał

☐ zależy mi, aby osoba towarzysząca mogła być z dzieckiem w kontakcie "skóra do skóry"

5. Preferencje dotyczące karmienia dziecka

☐ preferuję karmienie piersią

☐ preferuję karmienie mieszane

☐ preferuję karmienie mlekiem modyfikowanym

6. Pobyt na oddziale położniczym

☐ zależy mi, aby dziecko było cały czas ze mną w pokoju

☐ zależy mi, aby czynności pielęgnacyjne, zabiegi oraz ewentualne badania były przeprowadzane w obecności mojej lub ojca dziecka

7. Szczepienia noworodka

☐ zależy mi, aby szczepienia odbyły się w obecności mojej lub ojca dziecka (jeżeli będzie to możliwe organizacyjnie).

CZĘŚĆ II – WYPEŁNIA PERSONEL PO PORODZIE

Ocena realizacji planu porodu:

☐ Tak

☐ Częściowo

☐ Nie

Przyczyna odstępstw:

.....
.....

Pacjentka miała możliwość aktywnego uczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących przebiegu porodu:

☐ Tak

☐ Nie

Plan porodu stanowi wyraz preferencji Pacjentki i jest realizowany w zakresie możliwym do pogodzenia z aktualną sytuacją kliniczną kobiety rodzącej i dziecka oraz obowiązującymi standardami postępowania medycznego. W przypadku konieczności odstąpienia od preferencji Pacjentki personel medyczny przekazuje Pacjentce informację o przyczynach podjętej decyzji, o ile pozwala na to sytuacja kliniczna.

Data i podpis pacjentki:

Data i podpis położnej:

Data i podpis lekarza: