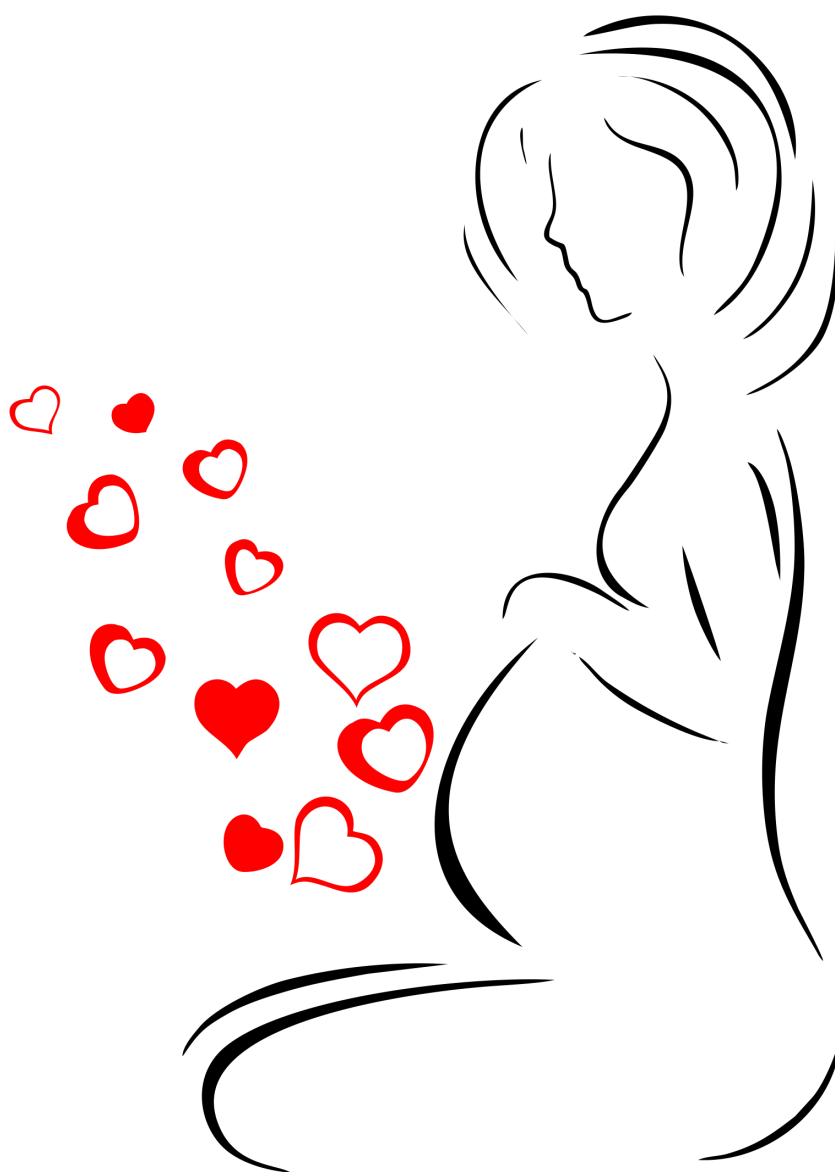




SZPITAL
W OSTROWI
MAZOWIECKIEJ

MÓJ PLAN PORODU



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej

Oddział Ginekologiczno-Położniczy

tel. 29 746 37 43

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza

tel. 29 746 21 48

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza w Małkini Górnej

tel. 509 899 137

Poniższy plan porodu jest listą moich osobistych potrzeb i oczekiwań. Zdaję sobie sprawę, że ich realizacja będzie możliwa tylko wtedy, gdy nie będzie przeciwwskazań medycznych.

Mam nadzieję, że ten plan ułatwi współpracę między mną i personelem medycznym, a poród będzie dla mnie i mojego dziecka najlepszym z możliwych.

Imię i nazwisko pacjentki _____

PESEL pacjentki _____

(w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość)

Adres zamieszkania _____

Lekarz prowadzący ciążę _____

Położna Środowiskowo-Rodzinna _____

Osoba towarzysząca w trakcie porodu _____

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej

Oddział Ginekologiczno-Położniczy

tel. 29 746 37 43

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza

tel. 29 746 21 48

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza w Małkini Górnej

tel. 509 899 137

1. Ogólne oczekiwania dotyczące porodu.

- Chciałabym, by panował spokój i cisza,
 - Chciałabym, by były przyciemnione światła,
 - Chciałabym uniknąć wywoływania porodu chyba, że ze względów medycznych będzie to konieczne,
 - Chciałabym, by umożliwiono mi słuchanie ulubionej muzyki,
 - Chciałabym, by podczas porodu obecne były tylko niezbędne osoby z personelu medycznego,
 - Chciałabym być informowana przez cały okres pobytu o planowanych procedurach, stosowanych lekach i zagrożeniach dotyczących mnie i dziecka,
 - Osoba towarzysząca podczas porodu:
 - mąż/partner, inna osoba, będę rodzić sama
 - inne życzenia (lewatywa, golenie) _____
-
-

2. I okres porodu

- Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się i zmiany pozycji w I okresie porodu.
 - Chciałabym korzystać w trakcie I okresu porodu z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu:**
 - worek sako, pozycje wertykalne, piłka,
 - krzesło porodowe, prysznic, drabinka,
 - muzykoterapia. materac, masaż pleców,
 - Chciałabym korzystać z farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego:**
 - Entonox znieczulenie zewnątrzoponowe paracetamol
 - W sytuacjach uzasadnionych medycznie wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy.
 - Jeżeli cięcie cesarskie będzie konieczne chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji.
 - Inne życzenia _____
-
-
-

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej

Oddział Ginekologiczno-Położniczy

tel. 29 746 37 43

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza

tel. 29 746 21 48

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza w Małkini Górnej

tel. 509 899 137

3. II, III, IV okres porodu

- Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie przez cały czas trwania II okresu porodu.
 - Chciałabym, uniknąć nacięcia krocza chyba, że ze względów medycznych będzie to konieczne.
 - Zależy mi na tym, by pępowina została przecięta dopiero po ustaniu jej tętnienia.
 - Proszę o umożliwienie przecięcia pępowiny osobie towarzyszącej.
 - Chciałabym pozostać z dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez 2 godziny po porodzie.
 - Inne życzenia _____
-
-

4. Karmienie dziecka.

- Planuję karmić piersią.
 - Nie chcę, aby moje dziecko było w jakikolwiek sposób dokarmiane albo pojone butelką – nawet glukozą czy wodą chyba, że będą do tego medycznie wskazania.
 - Proszę zawsze informować mnie o konieczności pojenia lub dokarmienia dziecka.
 - Nie chcę, aby dziecku dawano smoczka.
 - Chciałabym uzyskać więcej informacji na temat karmienia piersią.
 - Chciałabym skorzystać z porady Doradcy Laktacyjnego.
 - Inne życzenia _____
-
-

podpis pacjentki

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej

Oddział Ginekologiczno-Położniczy

tel. 29 746 37 43

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza

tel. 29 746 21 48

Poradnia Ginekologiczno-Położnicza w Małkini Górnej

tel. 509 899 137