



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie Kliniczny Oddział Położnictwa i Perinatologii



Plan Porodu

Chciałabym, aby poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności i poszanowania mojej godności osobistej. Poniższy plan porodu jest listą moich preferencji i oczekiwań. Jestem świadoma i akceptuję fakt, że ze względów medycznych i organizacyjnych może nie zostać w pełni zrealizowany.

Własnoręczny podpis pacjentki

Proszę informować mnie o przebiegu porodu, proponowanych lekach i procedurach medycznych oraz ewentualnych zagrożeniach dotyczących mnie i mojego dziecka

- Tak ☐
- Nie ☐

Chcę rodzić w towarzystwie bliskiej osoby

- Tak ☐
- Nie ☐

Imię i nazwisko:

I okres porodu

1. Proszę o możliwość korzystania z urządzeń dostępnych w Sali Porodowej
 - Materac Tak ☐ Nie ☐
 - Worek sako Tak ☐ Nie ☐
 - Piłka porodowa Tak ☐ Nie ☐
2. Wyrażam zgodę na wykonanie lewatywy przed porodem
 - Tak ☐
 - Nie ☐
3. Wyrażam zgodę na usunięcie owłosienia krocza w miejscu jego ewentualnego nacięcia
 - Tak ☐
 - Nie ☐
4. Proszę o umożliwienie przyjmowania przeze mnie dogodnej pozycji (spacerowanie, pozycja kuczna, kolankowo-łokciowa, pionowa, siedząca, pozycja w klęku podpartym, itp.)
 - Tak ☐
 - Nie ☐
5. Proszę o monitorowanie stanu płodu za pomocą KTG w sytuacjach uzasadnionych medycznie
 - Tak ☐
 - Nie ☐
6. Wyrażam zgodę na zastosowanie następujących działań i procedur medycznych
 - a. Preindukcji i indukcji porodu
 - Tak ☐
 - Nie ☐
 - b. Wzmocnienia czynności skurczowej macicy za pomocą oksytocyny
 - Tak ☐
 - Nie ☐
 - c. Przebicie pęcherza płodowego
 - Tak ☐
 - Nie ☐
7. Proszę o znieczulenie bólu porodowego dostępnymi w Sali Porodowej metodami
 - Tak ☐
 - Nie ☐
8. Proszę o możliwość przyjmowania doustnie płynów
 - Tak ☐
 - Nie ☐

II okres porodu

1. Proszę o umożliwienie przyjmowania przeze mnie dogodnej pozycji (leżąca na plecach, leżąca na boku, kuczna, kolankowo-łokciowa, pionowa, w klęku podpartym)
 - Tak ☐
 - Nie ☐

2. Proszę o ochronę krocza
 - Tak ☐
 - Nie ☐
3. Wyrażam zgodę na nacięcie krocza wyłącznie w przypadku absolutnej konieczności
 - Tak ☐
 - Nie ☐
4. Proszę o umożliwienie przecięcia pępowiny przez osobę towarzyszącą mi w czasie porodu
 - Tak ☐
 - Nie ☐

III i IV okres porodu

1. Proszę o nieprzerwany kontakt z dzieckiem po porodzie w Sali Porodowej
 - Tak ☐
 - Nie ☐
2. Proszę o umożliwienie i pomoc w przystawieniu dziecka do piersi w Sali Porodowej
 - Tak ☐
 - Nie ☐
3. Proszę o umożliwienie bliskiego kontaktu osoby obecnej przy porodzie z noworodkiem
 - Tak ☐
 - Nie ☐

Okres połogu

1. Proszę o umożliwienie nieprzerwanego pobytu z dzieckiem
 - Tak ☐
 - Nie ☐
2. Proszę o umożliwienie obecności przy wszystkich zabiegach pielęgnacyjnych i badaniach dziecka
 - Tak ☐
 - Nie ☐
3. Proszę o bieżące informacje na temat stanu zdrowia dziecka, podjętych działaniach diagnostycznych i leczniczych
 - Tak ☐
 - Nie ☐
4. Chciałabym karmić dziecko wyłącznie piersią
 - Tak ☐
 - Nie ☐
5. Proszę o umożliwienie kontaktu z rodziną w czasie pobytu w Oddziale Położniczym
 - Tak ☐
 - Nie ☐

Inne

.....

.....