|  |  |
| --- | --- |
| Opis: Logo_2012 | Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.SIEDLECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNYOddział Położniczo - Ginekologiczny08 – 110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26Tel. 25 6403542REGON 141944750 NIP 8212577607000000025128-01-026 |

**PLAN PORODU**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię: | PESEL |
|  |  |
| Lekarz prowadzący ciążę | Położna prowadząca ciążę | Osoba towarzysząca w trakcie porodu (kim jest ?– mąż/partner, przyjaciółka, inna bliska osoba): |
|  |  |  |

***Szanowna Pani***

*Plan Porodu to rodzaj dokumentu, w którym kobieta zawiera swoje oczekiwania wobec porodu. W myśl obowiązującego od 4 października 2012 r. standardu opieki okołoporodowej (rozporządzenie Ministra Zdrowia, określające procedury postępowania w opiece nad w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, Dziennik Ustaw 2012 poz. 1100), taki plan powinna Pani opracować wspólnie z lekarzem prowadzącym ciążę lub położną. Personel medyczny Naszego Szpitala powinien omówić z Panią pani „plan porodu" i dostosować opiekę, w miarę możliwości organizacyjnych, do Pani indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej.*

*Z uwagi na fakt, że nie posiada Pani opracowanego wcześniej planu porodu prosimy przekazać nam swoje oczekiwania związane z porodem.*

***Prawidłową odpowiedź proszę otoczyć obwódką***

1. Pragnę, aby cały mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem godności osobistej mojej i mojego dziecka:

TAK NIE

…………………….......................................................................................................................

1. Chciałabym być informowana, przez cały okres pobytu, o planowanych procedurach, zagrożeniach i stosowanych lekach, dotyczących mnie i dziecka:

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………

1. Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych:

TAK NIE

……………………………………………………………………………………………………..……..

**I OKRES PORODU – FAZA ROZWIERANIA SIĘ SZYJKI MACICY**

1. Chciałabym przyjmować doustnie płyny (pić) w trakcie trwania I okresu porodu:

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………..….

1. Chcę mieć możliwość swobodnego poruszania się w trakcie I okresu porodu:

TAK NIE

……………………………………………………………………………………………………………..

1. W trakcie I okresu porodu pragnę korzystać z:

 prysznica TAK NIE

 piłki TAK NIE

 krzesła porodowego TAK NIE

 worka saco TAK NIE

……………………………………………………………………………………………………………

1. Dopuszczam możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie trwania porodu:

TAK NIE

………………………………………………………………………………………………………….…..

1. Dopuszczam możliwość złagodzenia bólu przez stosowanie wziewne Entonoxu (gaz, zwiększa tolerancję na ból, rozluźnienie podczas porodu; jest bezpieczny dla dziecka).

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………..….

1. Chcę być na bieżąco informowana o postępie porodu:

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………….

1. Zależy mi na możliwości pełnego uczestnictwa osoby towarzyszącej, za jej zgodą, z możliwością czasowego wyłączenia się z porodu – wyjścia z sali porodowej (np. w trakcie badań, w trakcie II okresu porodu):

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………..…

1. Pragnę aby w czasie porodu, o ile to możliwe, unikano:

 przebicia pęcherza płodowego TAK NIE

 podawania oxytocyny w trakcie porodu TAK NIE

 podawania płynów dożylnych TAK NIE

 podłączenia do stałego zapisu KTG TAK NIE

…………………………………………………………………….……………………………………….

**II OKRES PORODU – FAZA PARCIA, RODZENIA DZIECKA**

1. Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie jak najdłużej w trakcie II okresu porodu:

 TAK NIE

………………………………………………………………………………...……………………………

1. Mój stosunek do nacięcia krocza:

 chciałabym mieć nacięte krocze

 TAK NIE

……………………………………………………………………………………………………………

 chciałabym mieć ochronę krocza - Akceptuję nacięcie krocza w przypadku dużego ryzyka jego pęknięcia lub zagrożenie stanu zdrowia dziecka:

 TAK NIE

……………………………………………………………………………………………………………

1. Pragnę aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka, o ile stan zdrowia dziecka na to pozwala:

TAK NIE

….……………………………………………………………………………………………………...…

1. Zależy mi na kontakcie z moim dzieckiem bezpośrednio po porodzie „skóra do skóry”:

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………….

1. W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny ( próżniociąg położniczy, kleszcze, cięcie cesarskie):

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………….

**III OKRES PORODU – RODZENIE ŁOŻYSKA**

1. Jeśli III okres porodu będzie przebiegał fizjologicznie, chciałabym aby był prowadzony niefarmakologicznie (bez podawania oxytocyny):

TAK NIE

……………………………………………………………………………………………………………

**III i IV OKRES PORODU – OKRES 2 GODZIN PO PORODZIE**

1. O ile stan zdrowia na to pozwoli, chciałabym pozostać z dzieckiem w sposób nieprzerwany (2 godziny) od momentu porodu, przez cały okres pobytu na Sali Porodowej:

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………

**PO PORODZIE**

1. Zgodnie z moimi preferencjami i wiedzą na temat żywienia noworodka chciałabym aby umożliwiono mi:

 karmienie piersią

 TAK NIE

 karmienie sztuczne

 TAK NIE

 dokarmianie dziecka w uzasadnionych przypadkach, uprzednio informując mnie o tym

 TAK NIE

…. ………………………………………………………………………………………………………………

1. Chciałabym aby po porodzie:

 dziecko pozostało cały czas ze mną w pokoju

 TAK NIE

……………………………………………………………………………………………….………………….

 dziecko było ze mną w pokoju w ciągu dnia, a w nocy w uzasadnionych przypadkach, np. pocięciu cesarskim, przebywało na sali noworodkowej

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………………

1. Pragnę, aby każdorazowo uzgadniano ze mną lub ojcem dziecka wszystkie zabiegi, które będą wykonywane przy moim dziecku

TAK NIE

………………………………………………………………………………………………………….……..

1. Pragnę, aby wszystkie zabiegi np. szczepienia dziecka, były wykonywane w mojej obecności lub obecności ojca dziecka

TAK NIE

……………………………………………………………………………………………………………….…

1. Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w oddziale położniczym:

TAK NIE

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………… …………………………… …………………... ………………………………………

 data pieczątka i podpis położnej data podpis pacjentki/ przedstawiciela ustawowego