**PLAN PORODU**

Imię i Nazwisko……………………………………………………………………… Data urodzenia……………………………………

Przewidywany termin porodu…………………………………………………

Ciąża (która?)………………………… Poród (który?)……………………….

Powikłania w poprzednich ciążach………………………………………………………………………………………………………..

Powikłania w obecnej ciąży…………………………………………………………………………………………………………………..

Choroby przewlekłe………………………………………………………………………………………………………………………………

Przyjmowane leki………………………………………………………………………………………………………………………………….

**W trakcie porodu chciałabym mieć możliwość:**

□ Rodzić z osobą bliską
 □ Mężem/partnerem/siostrą/matką/inną osobą

□ Wybraną przez siebie położną (imię i nazwisko)…………………………………………………………..

□ Korzystania z prysznica oraz innych metod relaksacji np. spaceru,
□ Picia wody w trakcie porodu,

Wyrażam/ nie wyrażam zgody na

□ Lewatywę
□ Golenie krocza
□ Założenie kaniuli dożylnej

**Prowadzenie porodu**

□ Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w porodzie.
□ Chciałabym przeć spontanicznie, tak jak mi podpowiada instynkt. Chciałabym mieć możliwość urodzenia w wybranej przez siebie pozycji.
□ Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego.
□ Nie chcę znieczulenia zewnątrzoponowego.
□ Chciałabym korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu.
□ Chciałabym aby położna starała się ochronić moje krocze i instruowała mnie podczas parcia.

□ Chciałabym uniknąć stymulacji porodu np. przebijania błon płodowych, wlewu z oksytocyną, jeśli będzie to możliwe.
□ Chciałabym mieć możliwość kontaktu z noworodkiem skóra do skóry.
□ Chciałabym mieć możliwość jak najwcześniejszego przystawienia dziecka do piersi.
□ Chciałabym aby pępowina przestała tętnić zanim zostanie przecięta.
□ Zależy mi aby pępowinę przecinała osoba towarzysząca.
□ Chciałabym aby zważono i zmierzono moje dziecko po kontakcie skóra do skóry.
□ Proszę o przeprowadzenie badania neonatologicznego po kontakcie skóra do skóry.
□ Chciałabym, aby osoba towarzysząca była obecna w czasie pierwszych zabiegów u noworodka.
□ Chciałabym aby po zbadaniu i ogrzaniu dziecka osoba towarzysząca mogła je trzymać w ramionach.
□ Zależy mi, aby moje dziecko było ubrane w rzeczy przywiezione przeze mnie z domu.
□ Chciałabym być poinstruowana jak mam przewijać i karmić dziecko.
□ Chciałabym aby kąpiel, czynności pielęgnacyjne i badanie dziecka odbywały się w mojej obecności.
□ Chciałaby zostać wypisana do domu z dzieckiem najszybciej jak to możliwe.
□ Chciałabym karmić dziecko piersią.
□ Nie chciałabym, aby moje dziecko było dokarmiane lub dopajane.
□ Chciałabym mieć możliwość spotkania się z konsultantem laktacyjnym.
□ Proszę nie podawać dziecku smoczka.

Data

Podpis pacjentki Podpis położnej Podpis lekarza