

PLAN PORODU - WSTĘP

WAŻNE!

Mając na względzie Twoje potrzeby, związane z tą wyjątkową chwilą, zachęcamy do stworzenia indywidualnego planu porodu. Pamiętaj jednak, że plan porodu, który jest wyrazem Twoich preferencji, może ulec modyfikacji w trakcie porodu w zależności od sytuacji położniczej oraz wystąpienia/ pojawienia się wskazań do wdrożenia procedur medycznych mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa Twojego i dziecka.

WSTĘPNIAK, czyli kilka słów od Zespołu sali porodowej:

- W naszej sali porodowej zapewniamy poczucie godności, intymności w trakcie porodu a także w czasie wykonywania procedur medycznych i badań wewnętrznych;
- Poinformujemy Cię o wszystkich czynnościach medycznych, przed ich wykonaniem i po uzyskaniu Twojej zgody;
- Umożliwiamy obecność osoby bliskiej w trakcie pobytu na sali porodowej;
- W trakcie porodu możesz pić wodę niegazowaną, klarowne płyny oraz spożywać posiłki;
- Wykonanie ciągłego zapisu KTG jest zawsze podyktowane zaistniałą sytuacją medyczną i może wystąpić na każdym etapie porodu;
- Poród aktywny z użyciem pomocy porodowych oraz pozycji wertykalnych jest u nas możliwy:
 - w I okresie porodu istnieje możliwość korzystania z piłki porodowej, drabinki, chusty Reboza, materaca, worka Sacco;
 - w II okresie porodu możliwość wyboru pozycji wertykalnej na boku, kolankowo-łokciowa, kuczna, stojąca, na łóżku z możliwością dostosowania pozycji do oczekiwań rodzącej.
- Istnieje możliwość porodu do wody – w chwili obecnej mamy jedną salę z wanną porodową;
- Zapewniamy różne formy łagodzenia bólu porodowego:
 - metody nefarmakologiczne: kąpiel relaksacyjna, okłady zimne i ciepłe, aromaterapia, muzykoterapia, wskazówki dla osoby towarzyszącej dotyczące masażu, TENS, bloki wodne;
 - metody farmakologiczne: znieczulenie wziewne (Entonox), znieczulenie dożylnie (Remifentanyl), znieczulenie zewnątrzoponowe.
- Nie nacinamy rutynowo krocza, chyba że wystąpią wskazania medyczne do jego wykonania;
- Po urodzeniu dziecka zapewniamy nieprzerwany dwugodzinny kontakt „skóra do skóry”, chyba, że stan noworodka lub sytuacja położnicza nie pozwala na to;
- W przypadku braku możliwości kontaktu „skóra do skóry” matki i dziecka umożliwiamy osobie bliskiej kangurowanie noworodka;
- Po urodzeniu dziecka odpiętnienie następuje po ustaniu tętnienia pępowiny i nie wcześniej niż po 1 minucie. Umożliwiamy przecięcie pępowiny przez osobę towarzyszącą;
- W trakcie kontaktu „skóra do skóry” umożliwiamy rozpoczęcie pierwszego karmienia piersią oraz instruktaż jeszcze na sali porodowej;
- W przypadku planowego cięcia cesarskiego osoba towarzysząca może być obecna na sali zabiegowej po wcześniejszym uiszczeniu opłaty za środki ochrony indywidualnej – Biuro Komercji na poziomie „0”;
- W sytuacji, gdy poród zakończy się cięciem cesarskim osoba towarzysząca ma możliwość kangurowania noworodka w oddziale neonatologii.

Zespół sali porodowej

PLAN PORODU

i IMIĘ I NAZWISKO RODZĄCEJ: _____

Niniejszy plan porodu jest wynikiem moich preferencji dotyczących przebiegu porodu oraz związanej z nim opieki okołoporodowej. Proszę o uwzględnienie moich oczekiwań. Jeśli wystąpi konieczność wdrożenia interwencji medycznej wynikającej ze zmiany sytuacji położniczej, proszę o wyczerpującą, rzetelną informację i wdrożenie ich po uzyskaniu mojej zgody.

SZCZEGÓLNE PREFERENCJE

Chcę by w trakcie porodu towarzyszyła mi osoba bliska (mąż, partner, matka, doula lub inna osoba)

Osoba towarzysząca (imię i nazwisko): _____ Będę rodzic sama

Chciałabym, aby osoba towarzysząca była obecna ze mną przy wszystkich/ wskazanych procedurach medycznych

Tak Nie

Czynności przygotowujące do porodu

Lewatywa: wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

Golenie krocza: wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

Chciałabym mieć możliwość przyjmowania posiłków i picia płynów

Tak Nie

Zależy mi na ograniczeniu badań wewnętrznych w trakcie porodu do niezbędnego minimum oraz żeby odbywały się one w dogodnej dla mnie pozycji

Tak Nie

Chciałabym uniknąć stałego monitorowania KTG, jeśli nie zaistnieją ku temu wskazania medyczne

Tak Nie

Jeśli nie będzie wyraźnych wskazań medycznych chcę uniknąć poniższych procedur

Przebiecie pęcherza płodowego: wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

Podaż oxytocyny: wyrażam zgodę nie wyrażam zgody

Zależy mi na aktywności w trakcie porodu

Swobodne poruszanie się: Tak Nie

Korzystanie z piłki: Tak Nie

Drabinka: Tak Nie

Prysznic: Tak Nie

Wanna: Tak Nie

Chusta: Tak Nie

Pozycje wertykalne: Tak Nie

Chciałabym mieć możliwość wyboru dogodnej pozycji w II okresie porodu

Tak – chcę urodzić w pozycji: _____ Nie mam preferencji

PLAN PORODU

Chciałabym skorzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pozycje wertykalne | <input type="checkbox"/> Techniki oddechowe |
| <input type="checkbox"/> Imersja wodna | <input type="checkbox"/> Masaż przez osobę towarzyszącą |
| <input type="checkbox"/> Okłady ciepłe i zimne | <input type="checkbox"/> Muzykoterapia |
| <input type="checkbox"/> Aromaterapia | <input type="checkbox"/> Bloki wodne |

Jeśli niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego nie przyniosą pożądanych efektów chciałabym skorzystać z metod farmakologicznych

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Znieczulenie wziewne (Entonox) | <input type="checkbox"/> Znieczulenie dożylnie (Remifentanyl) | <input type="checkbox"/> Znieczulenie zewnątrzoponowe |
|---|---|---|

Chcę uniknąć nacięcia krocza, jeśli nie będzie ku temu wskazań medycznych

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie mam preferencji |
|------------------------------|--|

Zależy mi na przecięciu pępowiny dopiero gdy przestanie ona tętnić i nie wcześniej niż po 1 minucie

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

Zależy mi na przecięciu pępowiny przez

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osobę bliską | <input type="checkbox"/> Położną | <input type="checkbox"/> Mnie samą |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

Chcę mieć możliwość nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” przez minimum 2 godziny (chyba że wystąpi stan zagrożenia życia mojego lub mojego dziecka)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

W przypadku zakończenia mojego porodu przez cięcie cesarskie chciałabym by moje dziecko było kangurowane przez osobę towarzyszącą

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

Chcę karmić piersią i proszę o pomoc położnej laktacyjnej w przypadku wystąpienia takiej potrzeby

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Nie będę karmić piersią |
|------------------------------|------------------------------|--|

Chcę rozpocząć karmienie piersią bezpośrednio po porodzie jeszcze w czasie kontaktu „skóra do skóry”

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

Nie wyrażam zgody na podawanie mojemu dziecku sztucznego pokarmu bez mojej wiedzy i zgody oraz medycznego uzasadnienia

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
|------------------------------|------------------------------|

Miejsce na dodatkowe uwagi: _____

Data i podpis pacjentki: _____

Data i podpis położnej: _____

