



Imię i nazwisko Pacjentki: .....

Pesel: .....

**Przedstawiam poniżej mój „Plan porodu”.**

**Zwracam się z prośbą, by życzenia i uwagi wyrażone w nim były uszanowane przez personel medyczny.**

**Jestem świadoma, że mogą wystąpić sytuacje, kiedy będzie to niemożliwe.**

<b>Oczekiwania dotyczące charakteru porodu</b>			
Zależy mi na porodzie naturalnym bez medykalizacji		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zależy mi na porodzie rodzinnym Imię i nazwisko osoby towarzyszącej przy porodzie: .....		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Oczekiwania dotyczące współpracy z personelem medycznym w trakcie porodu</b>			
Wyrażam zgodę na obecność podczas porodu personelu medycznego pozostającego w trakcie szkolenia (np. studentów, stażystów, itp.)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wyrażam zgodę na wykonanie procedur profilaktycznych, zabiegów i badań (np. założenia wenflonu)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Ważna jest dla mnie możliwość słuchania muzyki		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Oczekiwania dotyczące przebiegu porodu</b>			
Wyrażam zgodę na wykonanie lewatywy		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wyrażam zgodę na wykonanie golenia krocza		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Możliwość wyboru pozycji rodzenia w I okresie/ I fazie porodu	Kuczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kolankowo-łokciowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Na krzeselku porodowym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Dowolna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Pozostawiam do decyzji personelu medycznego Bloku Porodowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Możliwość wyboru pozycji rodzenia w II okresie/ II fazie porodu	Kuczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kolankowo-łokciowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Na krzeselku porodowym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Dowolna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Pozostawiam do decyzji personelu medycznego Bloku Porodowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



Imię i nazwisko Pacjentki: .....

Pesel: .....

Możliwość wyboru pozycji rodzenia w trakcie rodzenia się dziecka	Kuczna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Kolankowo-łokciowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Na krześle porodowym	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Dowolna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Pozostawiam do decyzji personelu medycznego Bloku Porodowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wykorzystanie nefarmakologicznych form radzenia sobie z bólem porodowym	Masaż	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Woda	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Metody fizjoterapeutyczne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Będę podejmowała decyzję w trakcie porodu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Biorę pod uwagę wykorzystanie farmakologicznych form radzenia sobie z bólem porodowym – znieczulenie zewnątrzoponowe i/lub znieczulenie podpajęczynówkowe		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Pozostawiam do decyzji personelu medycznego Bloku Porodowego wykonanie profilaktycznego nacięcia krocza		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Pozostawiam do decyzji personelu medycznego Bloku Porodowego powolne prowadzenie II okresu porodu (parcie spontaniczne)		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zależy mi na przecięciu pępowiny przeze mnie lub osobę towarzyszącą		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Pozostawiam do decyzji personelu medycznego Bloku Porodowego profilaktyczne podanie leków skurczowych przed urodzeniem łożyska		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Zgodnie z realizacją programowej opieki nad noworodkiem w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny wykonywane są standardowe zabiegi profilaktyczne i badania przesiewowe:

- podanie witaminy K domięśniowo,
- zbieg Credego,
- szczepienie przeciwko BCG,
- szczepienie przeciwko WZW,
- test pulsoksymetryczny,
- badanie słuchu,
- bibułowe badanie w kierunku chorób metabolicznych.

Akceptuję w całości przedstawione powyżej postępowanie z noworodkiem:  TAK  NIE



Imię i nazwisko Pacjentki: .....

Pesel: .....

Moje dodatkowe uwagi i życzenia:

**Informacje o placówce POZ  
w celu utrzymania ciągłości opieki poporodowej oraz przesłania Karty uodpornienia (szczepień)**

Położna podstawowej opieki zdrowotnej, której należy przekazać informację o urodzeniu noworodka i dacie wypisu ze Szpitala celem utrzymania ciągłości opieki poporodowej:

**Placówka POZ** .....

.....  
(Nazwa, adres, nr telefonu)

Warszawa, .....  
(Data)

.....  
(Podpis Pacjentki)

**Personel Szpitala dziękuje za wypełnienie „Plan porodu” i prosi o wręczenie go lekarzowi podczas przyjęcia do Szpitala.**

Wszelkie uwagi i życzenia nieuwzględnione w „Planie porodu” prosimy omówić z położną, która będzie się Panią opiekować. Wyjdziemy naprzeciw wszelkim Pani oczekiwaniom, jeśli będzie to bezpieczne dla zdrowia Pani i dziecka.

.....  
(Pieczętka i Podpis osoby przyjmującej „Plan porodu”)