|  |  |
| --- | --- |
|  | Samodzielny PublicznyZakład Opieki Zdrowotnejw SzamotulachOddział Ginekologiczno - Położniczy |

**PLAN PORODU**

Imię i nazwisko..............................................................................................................

1. **Osoba towarzysząca podczas porodu**
* W czasie porodu będzie towarzyszyć mi: ….......................................................
* Będę rodzić sama
1. **Znieczulenie**
* Chciałabym móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, takich jak: masaż przez osobę towarzyszącą, muzykoterapię ….......................................................
* Chciałabym otrzymać w czasie 1 okresu porodu środki przeciwbólowe i rozkurczowe
* Chciałabym móc skorzystać z gazu wziewnego jako sposobu łagodzenia bólu
* Proszę nie proponować mi farmakologicznych środków przeciwbólowych
1. **Poród**
* Chciałabym uniknąć wywoływania porodu, chyba że ze względów medycznych będzie to konieczne
* Proszę pytać mnie o zgodę na wszystkie badania i zabiegi podczas porodu
* Zgadzam się na podanie oksytocyny, przebicie pęcherza płodowego i stałe monitorowanie KTG, gdy moja sytuacja będzie tego wymagała, po uprzednim wyjaśnieniu mi powodów zastosowania tych interwencji
* Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji w trakcie pierwszego okresu porodu
* Chciałabym móc pić podczas porodu jeżeli nie ma przeciwwskazań
* Proszę ograniczyć do minimum ilość badań przez pochwę
* Jeżeli zaistnieje konieczność podania mi kroplówki lub monitorowania stanu dziecka, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji
* Chciałabym mieć swobodę wyboru pozycji porodowej
* Chciałabym przeć zgodnie z tym, jak podpowiada mi instynkt – przeć spontanicznie
* Proszę o instruowanie mnie w trakcie parcia
1. **Ochrona krocza**
* Wolałabym nie mieć nacinanego krocza, chyba że będzie to konieczne
* Wolałabym mieć nacięte krocze

 **5. Po porodzie**

* Chciałabym, aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę
* Chciałabym, aby moje dziecko było u mnie na brzuchu w kontakcie “skóra do skóry” tak długo, jak będziemy tego potrzebowali, jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał

 **6. Inne życzenia**

………………………………………………………………………………………………

 Podpis