



## PLAN PORODU

Imię i nazwisko.....;PESEL.....

Lekarz/położna prowadząca ciążę

.....

Ważne informacje (choroby, przyjmowane leki)

.....  
.....  
.....  
.....

1. Osoba towarzysząca podczas porodu:

Tak

Nie

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

Tak

Nie

3. Podczas porodu chcę mieć możliwość skorzystania z nefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu: masażu, muzykoterapii, aromaterapii, immersji wodnej, krzeselka/stołka porodowego, piłki, worki sako ,drabinki, aparatu TENS:

Tak

Nie

4. Chciałabym mieć możliwość skorzystania z farmakologicznych metod łagodzenia bólu:

Tak

Nie

5. Jeśli nie będzie przeciwwskazań, pragnę pozostać z moim dzieckiem w nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez cały okres pobytu na sali porodowej:

Tak

Nie

6. Zależy mi, aby pępowinę zaciśnięto dopiero po ustaniu tętnienia:

Tak

Nie

7. Pragnę karmić piersią i proszę o umożliwienie mi tego jeszcze na sali porodowej:

Tak

Nie

8. Chciałbym, aby w razie cięcia cesarskiego umożliwiono osobie towarzyszącej kangurowanie noworodka:

Tak

Nie

9. Chciałabym być poinformowana o możliwościach nacięcia krocza, pęknięciach krocza przy porodach z ochroną krocza, korzyściach i zagrożeniach dla matki i dziecka wynikających z porodu zabiegowego VE, klesze ,cięcie cesarskie:

Tak

Nie

10. Zleży mi także na:.....

.....

.....

.....  
( data i czytelny podpis pacjentki / przedstawiciela ustawowego)

.....  
( podpis i pieczętka położnej )