SZPITAL POWIATOWY
w Limanowej
Imienia Miłosierdzia Bożego
ul. J. Piłsudskiego 61, 34-600 Limanowa
www.szpitallimanowa.pl
e-mail: szpitallimanowa@szpitallimanowa.pl

PLAN ELEKTYWNEGO CIĘCIA CESARSKIEGO

IMIĘ I NAZWISKO: ……..……..……

1.	Zgadzam się na wykonanie lewatywy /hegaru/ przed zabiegiem cięcia cesarskiego.	TAK [ ]	NIE [ ]
2.	Chciałabym mieć możliwość obecności osoby bliskiej.	TAK [ ]	NIE [ ]
3.	Wyrażam zgodę na założenie dożylnego wkłucia typu venflon	TAK [ ]	NIE [ ]
4.	Zgadzam się na podanie leków przygotowujących mnie do znieczulenia.	TAK [ ]	NIE [ ]
5.	Proszę o założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego po znieczuleniu mnie do cięcia cesarskiego.	TAK [ ]	NIE [ ]
6.	Zależy mi na pierwszym kontakcie z moim dzieckiem, jeśli stan jego zdrowia na to pozwoli.	TAK [ ]	NIE [ ]
7.	Jeśli będzie to możliwe kontakt „skóra do skóry” zapewni osoba bliska, która mi towarzyszy.	TAK [ ]	NIE [ ]
8.	Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu Credego u noworodka.	TAK [ ]	NIE [ ]
9.	Wyrażam zgodę na podanie noworodkowi wit. K.	TAK [ ]	NIE [ ]

…….. ……..
Data *podpis Pacjentki* *Data* *pieczątka i podpis Położnej*