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

PLAN PORODU

IMIĘ I NAZWISKO: ……..……..……..……

1. PRZYGOTOWANIE DO PORODU

- Zgadzam się na wykonanie lewatywy /hegaru/ TAK [ ] NIE [ ]
- Chciałabym mieć możliwość obecności osoby bliskiej TAK [ ] NIE [ ]
- Chcę, aby cały mój poród przebiegał z zachowaniem szczególnej intymności i poszanowaniem godności osobistej TAK [ ] NIE [ ]
- Zleży mi na tym, aby podczas porodu obecne były tylko niezbędne osoby z personelu medycznego TAK [ ] NIE [ ]

2. PORÓD

- Chciałabym mieć możliwość aktywnego przeżywania porodu (chodzenie, przyjmowanie dogodnych pozycji, korzystanie z prysznica, piłki, worka sako itp.) TAK [ ] NIE [ ]
- Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu TAK [ ] NIE [ ]
- Dopuszczam możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego TAK [ ] NIE [ ]
- Wyrażam zgodę na założenie dożylnego wkłucia /wenflonu/ TAK [ ] NIE [ ]
- Zgadzam się na podanie środków farmakologicznych:
  - Leki przeciwbólowe TAK [ ] NIE [ ]
  - Oxytocyna TAK [ ] NIE [ ]
  - Płyny infuzyjne TAK [ ] NIE [ ]
  - Gaz znieczulający /Entonox/ TAK [ ] NIE [ ]
- Zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego i stałe monitorowanie KTG, jeśli moja sytuacja będzie tego wymagała, po uprzednim wyjaśnieniu zastosowania tych interwencji TAK [ ] NIE [ ]
- W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy /próżnociąg położniczy, kleszcze/ TAK [ ] NIE [ ]
- Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w II-im okresie porodu TAK [ ] NIE [ ]
- Wyrażam zgodę na nacięcie krocza w sytuacji, gdy zaistnieje taka konieczność /np. celem uniknięcia pęknięcia krocza/ TAK [ ] NIE [ ]
- Chciałabym trzymać dziecko „skóra przy skórze" bezpośrednio po porodzie przez 2 godziny /jeśli mój stan i stan noworodka będzie na to pozwalał/ TAK [ ] NIE [ ]
- Chciałabym wcześniej przystawić dziecko do piersi /w sali porodowej/ TAK [ ] NIE [ ]
- Zależy mi, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę TAK [ ] NIE [ ]
- Chciałaby mieć pobraną krew pępowinową TAK [ ] NIE [ ]
- Wyrażam zgodę na podanie wit. K noworodkowi TAK [ ] NIE [ ]
- Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu Credego u noworodka TAK [ ] NIE [ ]

3. PO PORODZIE - POŁÓG

- Planuję karmić piersią TAK [ ] NIE [ ]
- Chciałabym mieć możliwość karmienia mojego dziecka podczas pobytu w oddziale wyłącznie piersią na żądanie TAK [ ] NIE [ ]
- Proszę o usunięcie Venflonu po porodzie jeśli będzie to możliwe TAK [ ] NIE [ ]

INNE PROPOZYCJE

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