



www.poprostupolozna.pl

Plan Opieki Okołoporodowej (PLAN PORODU)

Do Personelu Medycznego,

Dokument ten został stworzony by wskazać, jakie są nasze oczekiwania związane z opieką okołoporodową. Mamy nadzieję, że weźmiecie je pod uwagę. Mamy jasną świadomość, że mogą wystąpić sytuacje uniemożliwiające zrealizowanie naszych planów, ale prosimy, abście nawet po ich zweryfikowaniu pozwolili nam na uzyskanie możliwie jak najlepszych doświadczeń, pomagając nam zgodnie z zasadami bezpieczeństwa.

Rodzice

IMIĘ I NAZWISKO RODZĄCEJ:

W RAZIE WYPADKU POWIADOMIĆ:

NUMER TELEFONU:

DATA OPRACOWANIA PLANU PORODU:

MODYFIKACJA PLANU PORODU

DATA: GODZINA:

DOTYCZY PUNKTÓW:

DATA I PODPIS KOBIETY RODZĄCEJ:

- stołka porodowego własnej muzyki przyciemnionego światła
 jest to dla mnie kluczowe jest to dla mnie obojętne

3. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z PERSONELEM MEDYCZNYM W TRAKCIE PORODU

3. 1. Zachowanie intymności podczas badań i całego porodu:
 jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
3. 2. Obecność osób trzecich (studentów, stażystów, innych pracowników):
 wyrażam zgodę nie wyrażam zgody jest mi to obojętne
3. 3. Prowadzenie i przyjęcie porodu przez:
 położną lekarza jest mi to obojętne
3. 4. Informowanie mnie o wszystkich procedurach zanim one nastąpią:
 jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
3. 5. Każdorazowe wyrażenie zgody na wykonanie wszelkich zabiegów i badań:
 jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
3. 6. Możliwość przyjmowania płynów doustnie:
 jest to dla mnie kluczowe jest mi obojętne forma nawadniania
3. 7. Możliwość słuchania własnej muzyki:
 jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
3. 8. Zależy mi na: minimalnej maksymalnej bezpiecznej
ilości badań w trakcie porodu i zaraz po nim.

4. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE PRZEBIEGU PORODU

4. 1. Lewatywa:
 proszę wykonać nie wyrażam zgody jest mi to obojętne

4. 2. Golenie krocza:
- proszę wykonać nie wyrażam zgody jest mi to obojętne
4. 3. Stałe lub długotrwałe monitorowania płodu za pomocą aparatury medycznej:
- proszę wykonać nie wyrażam zgody jest mi to obojętne
4. 4. Możliwość swobodnego poruszania się:
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 5. Możliwość odpoczynku w dogodnej pozycji:
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 6. Możliwość wyboru pozycji rodzenia w I okresie/ I fazie porodu:
- kuczna kolankowo – łokciowa na krzeselku porodowym dowolna
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 7. Możliwość wyboru pozycji rodzenia w II okresie/ II fazie porodu:
- kuczna kolankowo – łokciowa na krzeselku porodowym dowolna
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 8. Możliwość wyboru pozycji w trakcie rodzenia się dziecka:
- kuczna kolankowo – łokciowa na krzeselku porodowym dowolna
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 9. Wykorzystanie farmakologicznych form radzenia sobie z bólem porodowym:
- zależy mi jest mi to obojętne jedynie po udzieleniu mojej zgody
4. 10. Wykorzystanie niefarmakologicznych form radzenia sobie z bólem porodowym:
- TENS masaż woda inne, jakie:
- zależy mi jest mi to obojętne jedynie po udzieleniu mojej zgody
4. 11. Nacięcie krocza:
- nie wyrażam zgody jedynie po uzyskaniu mojej zgody
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 12. Ochrona krocza:
- nie wyrażam zgody jedynie po uzyskaniu mojej zgody
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne

4. 13. Parcie sterowane przez osobę prowadzącą podczas rodzenia się główki:
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne jedynie w sytuacji nagłej
4. 14. Parcie spontaniczne - powolne prowadzenie II okresu porodu:
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne nie wyrażam zgody
4. 15. Podanie oksytocyny lub innych leków stymulujących czynność skurczową dopiero po wyczerpaniu wszystkich innych, naturalnych możliwości nasilenia czynności skurczowej:
- jest to dla mnie kluczowe jest dla mnie dopuszczalne jest mi to obojętne
4. 16. Pobranie krwi pępowinowej:
- wyrażam zgodę nie wyrażam zgody
- posiadam przygotowany zestaw i podpisaną umowę
- nie posiadam zestawu i nie mam podpisanej umowy
- chciałabym skorzystać z tej opcji, jeśli jest taka możliwość w szpitalu
- znam warunki poboru krwi pępowinowej
4. 17. Podanie leków skurczowych przed urodzeniem łożyska:
- nie wyrażam zgody jedynie po wcześniejszym uzgodnieniu
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 18. Wyczekujące postępowanie w oczekiwaniu na rodzenie się łożyska:
- zależy mi jest mi to obojętne
4. 19. Masowanie macicy i pociąganie za pępowinę w oczekiwaniu na rodzenie się łożyska:
- nie wyrażam zgody jest mi to obojętne
- zdaję się na sugestię lekarza/ położnej prowadzącego poród
4. 20. Możliwość wyboru najdogodniejszej pozycji podczas rodzenia się łożyska:
- zależy mi jest mi to obojętne
4. 21. Ułożenie dziecka na moim brzuchu zaraz po urodzeniu (kontakt „skóra do skóry”):
- jest dla mnie kluczowe jest mi to obojętne nie wyrażam zgody
4. 22. Odpępnienie po ustaniu tętnienia pępowinowego, wcześniejsze jedynie w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia dziecka:
- jest dla mnie kluczowe jest mi to obojętne

4. 23. Kontakt „skóra do skóry” minimum 2 godziny (może być przerwany jedynie w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia mojego lub dziecka):
- jest dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 24. Wstępna ocena noworodka na podstawie skali Apgar się na moim brzuchu, jeśli nie będzie wyraźnych przeciwwskazań medycznych:
- jest dla mnie kluczowe jest mi to obojętne nie wyrażam zgody
4. 25. Odcięcie pępowiny po ustaniu tętnienia przez osobę towarzyszącą:
- jest dla mnie kluczowe jest mi to obojętne nie wyrażam zgody
4. 26. Ważenie i mierzenie noworodka nie wcześniej niż po pierwszym kontakcie „skóra do skóry” i karmieniu piersią:
- jest dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
4. 27. Planuję przekazać dziecko do adopcji i proszę o uszanowanie tej trudnej decyzji. Zamierzam pożegnać się z dzieckiem:
- bezpośrednio po porodzie i proszę o umieszczenie na innym niż dziecko oddział
- przed wyjściem ze szpitala
- chcę przebywać z dzieckiem do momentu wyjścia ze szpitala
- jest mi to obojętne
- decyzje dotyczące mojego dziecka podejmować będę na bieżąco

5. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE OPIEKI PO PORODZIE

5. 1. Karmienie dziecka:
- chcę karmić naturalnie jest mi to obojętne nie chcę karmić piersią
5. 2. Wsparcie i informacja na temat karmienia piersią:
- jest to dla mnie kluczowe jest mi to obojętne nie wyrażam zgody
5. 3. Obecność dziecka cały czas przy matce: jest dla mnie kluczowe jest mi to obojętne
5. 4. Zabieranie dziecka na noc:
- chciałabym, aby dziecko było zabierane na noc
- nie wyrażam zgody, aby dziecko było zabierane na noc bez mojej zgody



www.poprostupolozna.pl

5. 5. Kąpiel i pielęgnowanie dziecka w obecności matki lub ojca dziecka:
 zależy mi jest mi to obojętne
5. 6. Badanie dziecka w obecności matki lub ojca dziecka:
 zależy mi jest mi to obojętne
5. 7. Badania i pielęgnacja dziecka na sali w której przebywa z dzieckiem:
 zależy mi jest mi to obojętne
5. 8. Pielęgnowanie dziecka przez matkę lub osobę bliską:
 zależy mi jest mi to obojętne
 wolę by wykonywał te czynności personel medyczny
5. 9. Dokarmianie lub dopajanie dziecka (wodą, herbatką, wodą z glukozą):
 nie wyrażam zgody jest mi to obojętne jedynie za zgodą
 jedynie w uzasadnionym medycznie przypadku
5. 10. Podawanie dziecku smoczka lub karmienie butelką:
 nie wyrażam zgody jest mi to obojętne jedynie za zgodą
5. 11. Wyrażanie zgody na wykonanie każdej procedury i zabiegu wobec dziecka:
 zależy mi jest mi to obojętne
5. 12. Ograniczenie do minimum ilości osób kontaktujących się z matką i dzieckiem do jednej położnej na oddziale:
 zależy mi jest mi to obojętne zależy mi, jeśli jest taka możliwość

6. OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE INFORMACJI O MATCE I DZIECKU W CELU UTRZYMANIA CIĄGŁOŚCI OPIEKI POPORODOWEJ

6. 1. Adres, pod którym przez co najmniej 48 dni robocze będzie przebywała **matka z dzieckiem** lub dziecko po wyjściu ze szpitala po porodzie:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

ULICA, NR DOMU/MIESZKANIA:

NR TELEFONU:

BADANIE CZYSTOŚCI POCHWY	X		X			X						
POSIEW PRZEDS POCHWY I ODBYTU W KIERUNKU PAC B-HEMOLIZ (GBS)						X						
GLIKOZA NA CZCZO	X											
GLUKOZA NA CZCZO I 2H PO 75G (24-28 TYG)				X	-							
VDRL	X					wsk						
HBS						X						
HIV						X						
HCV						X						
P/C ANTY RH U KOBIET RH(-)				wsk								
PODANIE GLOBUL. ANTY-D (28-30 TYG) U KOBIET RH (-)					wsk							
USG		X		X	X			X				
KTG								X	X	X	X	X
SKIEROWANIE DO POŁOŻNEJ POZ				X	P	P	P	P	P	P	P	P
KONSULTACJA GINEKOLOGICZNA	G					G	G					
CZAS TRWANIA CIĄŻY W TYGODNIACH	do 10	11-14	15-20	21-26	27-32	33-37	38-39	40	+2-3	+2-3	+2-3	+2-3