



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