



Plan porodu

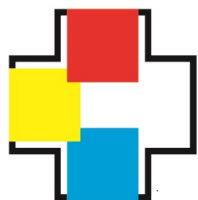
Imię i Nazwisko:.....

Pesel:.....

Imię i Nazwisko osoby towarzyszącej przy porodzie:

.....

Chciałabym rodzić ze wskazaną przeze mnie osobą towarzyszącą	Tak	Nie
Chciałabym zachować aktywność i swobodę poruszania się w trakcie porodu, bez ciągłego monitorowania płodu o ile nie będzie to konieczne	Tak	Nie
Chciałabym pić płyny w trakcie porodu	Tak	Nie
Chciałabym korzystać z udogodnień w postaci prysznic, worka sako, piłki porodowej	Tak	Nie
Chciałabym skorzystać w razie potrzeby z dostępnych metod przeciwbólowych np.: podtlenku azotu, znieczulenia zewnątrzoponowego	Tak	Nie
Chciałabym uniknąć stymulacji czynności skurczowej oksytocyną	Tak	Nie
Dopuszczam możliwość zastosowania kroplówki z oksytocyną ze wskazań medycznych	Tak	Nie
Chciałabym uniknąć przebicia pęcherza owodniowego	Tak	Nie
Dopuszczam możliwość przebicia pęcherza owodniowego ze wskazań medycznych	Tak	Nie
Ze względów higienicznych wyrażam zgodę na usunięcie owłosienia łonowego	Tak	Nie
Jeżeli uznam to za konieczne proszę o wykonanie lewatywy	Tak	Nie
Rozumiem konieczność założenia kaniuli dożylniej - wenflonu	Tak	Nie
Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w trakcie aktywnej fazy porodu	Tak	Nie
Chciałabym uniknąć nacięcia krocza	Tak	Nie



UCK WUM

UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie Dziecięcy Szpital Kliniczny



ODDZIAŁ KLINICZNY POŁOŻNICTWA I PERINATOLOGII

Dopuszczam możliwość nacięcia krocza kiedy będzie to konieczne	Tak	Nie
Proszę o zapewnienie kontaktu skóra do skóry zaraz po porodzie	Tak	Nie
Proszę o umożliwienie przecięcia pępowiny, osobie towarzyszącej mi przy porodzie	Tak	Nie
Proszę aby po porodzie dziecko było cały czas ze mną na sali	Tak	Nie
Proszę o pomoc w przystawieniu dziecka do piersi	Tak	Nie

Dodatkowe uwagi dotyczące porodu

Zdaję sobie sprawę, że plan porodu jest listą moich oczekiwań i może być zrealizowany tylko w sytuacji kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.

.....

Data

.....

Podpis pacjentki