PLAN PORODU

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
WE WROCŁAWIU

IMIĘ I NAZWISKO: _____

PESEL: _____

W Uniwersyteckim Centrum Położnictwa i Ginekologii we Wrocławiu w pełni realizujemy Standard Opieki Okołoporodowej oraz respektujemy Prawa Pacjenta.

- Na każdym etapie porodu będziemy Panią informować o jego postępie i planowanych procedurach.
- W trakcie porodu ma Pani możliwość picia klarownych płynów i spożywania lekkostrawnych posiłków.
- Nie praktykujemy rutynowego nacinania krocza. Zabieg ten jest wykonywany tylko i wyłącznie w przypadku wystąpienia wskazań medycznych, po uprzednim uzyskaniu zgody rodzącej.
- W trakcie przebiegu Pani porodu na sali przebywać będą tylko niezbędne w danej chwili osoby z personelu medycznego.
- Zachęcamy do aktywnego uczestnictwa w porodzie nie tylko Panią, ale również wybraną osobę towarzyszącą.
- W przypadku braku przeciwskazań medycznych, bezpośrednio po porodzie umożliwimy Pani nieprzerwany kontakt “skóra do skóry” z noworodkiem przez okres minimum 2 godzin od narodzin dziecka.
- W przypadku zakończenia ciąży cięciem cesarskim i braku przeciwwskazań medycznych, umożliwimy Pani kontakt “skóra do skóry” z noworodkiem w warunkach Sali Operacyjnej.
- W przypadku braku przeciwskazań medycznych, proces odpępnienia noworodka odbywa się po czasie ustania tętnienia pępowiny.
- Prosimy o ściągnięcie wszelkiej biżuterii i metalowych ozdób.
- W przypadku braku przeciwwskazań medycznych, na Oddziale Położniczym będzie Pani miała możliwość nieprzerwanego kontaktu z noworodkiem. Pani lub ojciec dziecka będziecie mogli uczestniczyć we wszystkich zabiegach pielęgnacyjnych i badaniach dziecka.
- Na bieżąco będzie Pani informowana na temat stanu zdrowia dziecka, podjętych działaniach diagnostycznych i leczniczych.

Poniżej prosimy o określenie Pani oczekiwań w zakresie pełnionej opieki położniczej. Analiza i omówienie wypełnionego kwestionariusza pozwoli nam podejść do współpracy z Panią w sposób indywidualny i zorientowany na Pani aktualne potrzeby. Jako zespół zrobimy wszystko co w naszej mocy, aby poród był dla Pani pięknym i budującym wydarzeniem.

MOJE OCZEKIWANIA WZGLĘDEM PRZEBIEGU PORODU

Chciałabym rodzić z osobą towarzyszącą: ..... TAK ☐ NIE ☐
tu wpisz dane osoby towarzyszącej

Chciałabym rodzić w sali jednoosobowej. TAK ☐ NIE ☐

Zgadzam się na obecność wybranych studentów. TAK ☐ NIE ☐

Chciałabym skorzystać z dostępnych niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. TAK ☐ NIE ☐

W przypadku braku przeciwskazań medycznych, chciałabym skorzystać z farmakologicznej metody łagodzenia bólu porodowego (ZZO, leki dożylne). TAK ☐ NIE ☐

Chciałabym przyjąć dogodną dla mnie pozycję porodową w I i II okresie porodu. TAK ☐ NIE ☐

W przypadku braku przeciwskazań medycznych, chciałabym rodzić w wodzie. TAK ☐ NIE ☐

Chciałabym, aby pępowinę przecięła: ☐ JA ☐ OSOBA TOWARZYSZĄCA ☐ POŁOŻNA

W przypadku gdy sytuacja położnicza lub mój stan ogólny uniemożliwi mi nieprzerwany kontakt “skóra do skóry” z noworodkiem, chciałabym, aby kangurowanie kontynuowała osoba towarzysząca. TAK ☐ NIE ☐

Chciałabym karmić piersią i podjąć pierwszą próbę przystawienia noworodka w czasie kontaktu “skóra do skóry” jeszcze na Sali Porodowej. TAK ☐ NIE ☐

W przypadku konieczności ukończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego, jeśli sytuacja położnicza lub mój stan ogólny uniemożliwi mi kontakt “skóra do skóry”, chciałabym, aby w miarę możliwości osoba towarzysząca przejęła kangurowanie mojego dziecka. TAK ☐ NIE ☐

ZGODY NA ZABIEGI WYKONYWANE W TRAKCIE PORODU

Poniższe procedury są wykonywane tylko w przypadku wskazań medycznych,
po uprzednim dokładnym wyjaśnieniu zasadności wprowadzenia danych interwencji.

Zgadzam się na:

- zabieg amniotomii (przebicie pęcherza płodowego) TAK ☐ NIE ☐
- stosowanie dożylnej oksytocyny TAK ☐ NIE ☐
- monitorowanie KTG TAK ☐ NIE ☐
- nacięcie krocza TAK ☐ NIE ☐
- ukończenie porodu w sposób zabiegowy/operacyjny (próżnociąg położniczy/cięcie cesarskie) TAK ☐ NIE ☐

MOJE OCZEKIWANIA WZGLĘDEM ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO

Chciałabym karmić noworodka wyłącznie piersią.	TAK ☐	NIE ☐
Zależy mi na otrzymaniu wsparcia w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi oraz instruktażu technik i pozycji karmienia piersią.	TAK ☐	NIE ☐
Chciałabym, aby podczas pobytu na Oddziale Położniczym odbyła się konsultacja laktacyjna.	TAK ☐	NIE ☐
Chciałabym, aby noworodek nie był kąpany w pierwszej dobie życia.	TAK ☐	NIE ☐
Chciałabym, aby noworodek był wykąpany zgodnie ze wskazaniami medycznymi według Standardu Opieki Medycznej nad Noworodkiem.	TAK ☐	NIE ☐
Chciałabym zostać poinstruowana jak mam przewijać i kąpać noworodka.	TAK ☐	NIE ☐
Chciałabym, aby wszystkie procedury medyczne (szczepienia, czynności pielęgnacyjne itp.) były wykonywane w obecności mojej lub ojca dziecka.	TAK ☐	NIE ☐
Proszę o umożliwienie kontaktu z rodziną w czasie pobytu.	TAK ☐	NIE ☐

ZGODY NA ZABIEGI WYKONYWANE RUTYNOWO U NOWORODKÓW PO URODZENIU

Przed wykonaniem każdej procedury otrzyma Pani rzetelną informację w zakresie planowanego świadczenia. Dokarmianie noworodka mieszanką modyfikowaną jest wykonywane tylko ze wskazań medycznych po wcześniejszej konsultacji z lekarzem neonatologiem i doradcą laktacyjnym.

Zgadzam się na:

• podanie witaminy K	TAK ☐	NIE ☐
• podanie maści z 0,5% erytromycyną	TAK ☐	NIE ☐
• szczepienie WZW B	TAK ☐	NIE ☐
• szczepienie na gruźlicę (BCG)	TAK ☐	NIE ☐
• Wyrażam zgodę na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym ze wskazań medycznych (jeśli sytuacja medyczna będzie wymagała takiej interwencji - po konsultacji z lekarzem i doradcą laktacyjnym)	TAK ☐	NIE ☐

DODATKOWE UWAGI DOTYCZĄCE POBYTU

Mam specjalne wymagania dietetyczne TAK ☐ NIE ☐

Moje dodatkowe życzenia: _____
_____
_____

Jestem świadoma, że powyższy plan porodu może zostać zmodyfikowany w zależności od sytuacji medycznej mojej lub noworodka.

.....	.....	.....
Data i podpis położnej Sali Porodowej	Data i podpis położnej Oddziału Położniczego	Data i podpis pacjentki