



## PLAN PORODU

Imię i nazwisko: .....; PESEL:.....

1. Chcę, aby przy porodzie była obecna osoba bliska:

Tak

Nie

2. Chciałabym każdorazowo wyrażać zgodę na wykonanie wszelkich zabiegów i badań, zgodnie z przysługującymi mi prawami:

Tak

Nie

3. Chciałabym korzystać z immersji wodnej ( wanna, prysznic ):

Tak

Nie

4. Chcę mieć możliwość korzystania ze sprzętu pomocnego w trakcie porodu ( piłki, worek sako, itp.):

Tak

Nie

5. Proszę o zastosowanie metody łagodzenia bólu porodowego, uwzględniającego mój stan kliniczny oraz dostępny i stosowany w miejscu porodu:

Tak

Nie

6. Chcę mieć możliwość poruszania się i przyjmowania pozycji wertykalnych ( pozycja stojąca, siedząca i kuczna ) podczas porodu:

Tak

Nie

7. Zależy mi na :

- Nieprzerwanym kontakcie z dzieckiem ( kontakt „ skóra do skóry” przez dwie godziny, po wstępnej ocenie noworodka w skali Apgar).
- Przekazaniu dziecka do kącika noworodka i pełnym badaniu pediatrycznym w pierwszych minutach życia dziecka.

8. Zależy mi na przystawieniu dziecka do piersi, jak będzie wykazywało potrzebę ssania:

- Tak
- Nie

9. Zostałam poinformowana o możliwości nacięcia krocza, korzyściach i zagrożeniach dla matki i dziecka wynikających z cięcia cesarskiego z uwzględnieniem powikłań wczesnych i późnych oraz o możliwości deponowania tkanek płodu w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego w celu pozyskania komórek macierzystych:

- Tak
- Nie

10. Zależy mi także na:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Miejsce porodu: Blok Porodowy Oddziału Ginekologiczno-Położniczo- Neonatologicznego SPZOZ Międzychód

.....  
( data i czytelny podpis pacjentki / przedstawiciela ustawowego)

.....  
( podpis i pieczęć położnej )