

Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju

ul Bohaterów Warszawy 67

28-100 Busko- Zdrój

tel. centrala 41 378 24 01 fax. 41 378 27 68

NIP: 655-16-62-705

Regon: 000311467

e-mail: sekretariat@zoz.busko.com.pl

strona internetowa: www.zoz.busko.com.pl



Zespół Opieki Zdrowotnej
w Busku-Zdroju



Świętokrzyska Nagroda Jakości

Laureat XVI edycji SNJ w
kategorii organizacji
publicznych - ochrona zdrowia.

PLAN PORODU

Jestem świadoma że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.

PODSTAWOWE INFORMACJE

Imię i nazwisko

.....

Liczba ciąż:..... Liczba porodów:.....

Lekarz prowadzący ciążę:.....

Nazwisko wcześniej wybranej położnej,
jeśli jej obecność jest planowana podczas
porodu:

Pragnę rodzić z bliską mi osobą (mąż/
partner, mama, itp.):.....

Planuje rodzić sama.

Chciałabym, aby osoba towarzysząca
była ze mną przy wszystkich

Zależy mi, aby mojej osobie towarzyszącej
udzielano informacji o postępie porodu.

PRZYGOTOWANIE DO PORODU

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie
zabiegów przygotowujących do porodu:

lewatywa

golenie krocza

PORÓD

Pragnę, aby cały mój poród przebiegał w
warunkach maksymalnej intymności, z
poszanowaniem godności osobistej mojej i
mojego dziecka.

Chciałabym być informowana, przez cały
okres pobytu, o planowanych procedurach,
zagrożeniach i stosowanych lekach, dotyczących
mnie i dziecka.

Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o
postępie porodu.

I OKRES PORODU

Chciałabym przyjmować doustnie płyny (pić) w trakcie trwania I okresu porodu

Chciałabym zachować możliwość bycia aktywną i preferuję wertykalne pozycje w trakcie czynności skurczowej I okresu porodu.

Zgadzam się na podanie Oxytocyna w trakcie porodu.

Zgadzam się na wykonanie zapisów KTG.

Zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego.

ŁAGODZENIE BÓLU

Proszę nie proponować mi farmakologicznych środków przeciwbólowych.

Jeśli poproszę o środki przeciwbólowe, proszę poinformować mnie o etapie porodu na jakim jestem.

Chciałabym móc korzystać z nie farmakologicznych metod łagodzenia bólu.

Jeśli poproszę o ulżenie mi w bólu, prosiłabym o zaproponowanie mi w pierwszej kolejności naturalnych metod łagodzenia bólu porodowego.

II OKRES PORODU

Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie przez cały czas trwania II okresu porodu.

Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji.....

NACIĘCIE /OCHRONA KROCZA

Zależy mi na uniknięciu nacięcia krocza.

Wolałabym mieć nacięcie krocza

Proszę o miejscowe znieczulenie przy zszywaniu krocza.

III i IV OKRES PORODU

Pragnę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka.

W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób operacyjny (cięcie cesarskie).

Chciałabym, aby moje dziecko było u mnie na brzuchu w kontakcie "skóra do skóry".

Chciałabym, aby moje dziecko zostało ubrane w rzeczy, które przywiozłam z domu.

Zależy mi na tym, aby dziecko po porodzie zostało tylko osuszone i okryte pieluszkami.

Proszę zważyć i zmierzyć moje dziecko po zakończeniu pierwszego kontaktu skóra do skóry.

Chciałabym od razu po porodzie dowiedzieć się, ile waży i mierzy moje dziecko.

Proszę o przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego w późniejszym czasie, po zakończeniu pierwszego kontaktu, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych.

PO PORODZIE

Zgodnie z moimi preferencjami i wiedzą na temat żywienia noworodka chciałabym, aby umożliwiono mi karmienie piersią.

Chciałabym pozostać po porodzie z dzieckiem w systemie ‘rooming in’, tzn. noworodek przebywa ze mną.

Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w oddziale położniczym.

Chciałabym zostać dokładnie poinstruowana jak mam przewijać, pielęgnować i kąpać dziecko.

Chciałabym mieć możliwość skorzystania z porady laktacyjnej..

**JEŚLI PRZED PORODEM LUB W
CZASIE PORODU WYSTĄPIĄ
WSKAZANIA MEDYCZNE DO
ZASTOSOWANIA OKREŚLONYCH
PROCEDUR BEZPIECZEŃSTWA
ORAZ DOBRA MATKI I DZIECKA
PLAN PORODU MOŻE ULEC
ZMIANIE.**

Podpis pacjentki

.....