

# Plan Porodu

Szanowni Państwo,

*napisałam ten Plan Porodu, by przekazać Państwu moje oczekiwania związane z porodem. Będę wdzięczna, jeśli sprawując opiekę nade mną i moim dzieckiem weźmiecie te potrzeby pod uwagę. Rozumiem, że podczas porodu może okazać się, że niektórych punktów z mojego Planu Porodu nie można zrealizować. W takiej sytuacji chciałabym prosić o pełną informację i mieć możliwość analizy sytuacji oraz podejmowania decyzji.*

Imię i nazwisko

Imię i nazwisko osoby sprawującej opiekę w ciąży, z którą opracowałam Plan Porodu:

Imię i nazwisko



**PHILIPS  
AVENT**  
Karmienie piersią

Wybierz markę **najczęściej**  
**rekomendowaną** przez  
**mamy i położne\***

**Laktator Natural**  
Komfort odciągania potwierdzony przez mamy\*\*  
Tryb delikatnej stymulacji i 3 ustawienia odciągania  
Miękka nakładka masująca stymuluje wypływ pokarmu  
Do laktatora Philips Avent Natural dołączony jest szeroki smoczek w kształcie piersi, który umożliwia łatwe łączenie karmienia piersią oraz karmienia butelką z odciągniętym mlekiem

**Wkładki laktacyjne**  
Nowe wkładki laktacyjne zapewniają doskonałą chłonność dla wyjątkowego komfortu w dzień i w nocy

\*Wg mam dzieci 0-12 miesięcy oraz badanie Rekomendacji marek przez Profesjonalistów Medycznych wśród kobiet w ciąży oraz mam dzieci 0-12 miesięcy, IPSOS luty 2016. \*\*Test przeprowadzony w Wielkiej Brytanii na 64 matkach karmiących

## Osoba towarzysząca/osoby obecne podczas porodu

*Chcę rodzić z bliską osobą*

*Chcę rodzić z doulą*

*Chciałabym rodzić z mężem i doułą*

*Będę rodzić sama*

*Chciałabym, aby osoba towarzysząca była ze mną przy wszystkich/wybranych przeze mnie zabiegach*

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

*Nie wyrażam zgody na obecność studentów/tek położnictwa i medycyny*

*Zależy mi na tym, aby podczas porodu obecne były tylko niezbędne osoby z personelu medycznego*

*Chciałabym, jeśli to możliwe, aby przez cały okres porodu towarzyszyła mi ta sama położna*

## Przygotowanie do porodu

*Zależy mi, aby nie wykonywano żadnych zabiegów przygotowujących do porodu (lewatywa, golenie krocza), chyba że o nie poproszę*

*Sama ogolę krocze w domu*

*Proszę, aby przy przyjęciu do porodu wykonano mi lewatywę*

*Proszę, aby przy przyjęciu do porodu ogolono mi krocze*

*Nie wyrażam zgody na założenie wenflonu, chyba że dojdzie do konieczności podania mi leków dożylnie*

*Wyrażam zgodę na założenie wenflonu przy przyjęciu do szpitala*

## Poród

*Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu*

*Zależy mi, aby mój poród przebiegał naturalnie, bez interwencji*

*Zgadzam się na podanie oksytocyny, przebicie pęcherza i stałe monitorowanie KTG, gdy moja sytuacja będzie tego wymagała, po uprzednim wyjaśnieniu mi powodów zastosowania tych interwencji*

*Proszę pytać mnie o zgodę na wszystkie badania i zabiegi podczas porodu*

*Zależy mi, aby ograniczyć liczbę badań przez pochwę i aby w miarę możliwości odbywały się one w dogodnej dla mnie pozycji*

*Proszę pozwolić mi na swobodne wydawanie dźwięków i/lub krzyku podczas porodu*

*Chciałabym móc złagodzić głód w trakcie porodu*

*Chciałabym pić w trakcie porodu*

*Nie wyrażam zgody na masaż szyjki macicy ani na wyciskanie dziecka z brzucha („chwyt Kristellera”)*

## Pierwszy okres porodu

Chciałabym mieć swobodę poruszania się w pierwszym okresie porodu

Chciałabym mieć możliwość korzystania z wanny/prysznicza

Chciałabym mieć możliwość korzystania ze sprzętów, takich jak drabinka, materac, worek sako

Jeżeli zaistnieje konieczność podania mi kroplówki lub monitorowania stanu dziecka, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji

## Drugi okres porodu

Zależy mi, aby w trakcie rodzenia się dziecka obecny był tylko niezbędny personel

Chciałabym prosić o przygaszenie świateł i wyciszenie w chwili, gdy dziecko będzie wychodzić na świat

Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji w drugim okresie porodu

W drugim okresie porodu chciałabym przeć zgodnie z tym, jak podpowiada mi instynkt – przeć spontanicznie

Proszę o instruowanie mnie w trakcie parcia

Chciałabym mieć możliwość urodzenia dzieckana materacu lub skorzystania ze stołka porodowego

Chciałabym urodzić na fotelu/łóżku porodowym

W momencie wyłaniania się główki dziecka chciałabym jej dotknąć

## Łagodzenie bólu porodowego

Proszę nie proponować mi farmakologicznych środków przeciwbólowych, zanim sama o to nie poproszę

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

Chciałabym móc skorzystać z gazu wziewnego jako sposobu łagodzenia bólu

Chciałabym móc skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego

Chciałabym móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu takich jak masaż przez osobę towarzyszącą, prysznic, imersja wodna

Nie wyrażam zgody na podanie dolarganu ani innych środków zmieniających świadomość

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

Jeśli zostanie podane mi znieczulenie zewnątrzoponowe, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji

## Nacięcie/ochrona krocza

Zależy mi na ochronie krocza

Wolałabym mieć nacięte krocze

Proszę o miejscowe znieczulenie przy zszywaniu krocza

## Wywołanie/stymulacja porodu

*Jeśli nie będzie wyraźnych względów medycznych, chciałabym uniknąć wywołania porodu (w tym przebijania pęcherza płodowego)*

*Zanim zostanie podana mi oksytocyna lub zostanie przebity pęcherz płodowy, chciałabym spróbować naturalnych sposobów stymulowania porodu, takich jak ruch czy masaż brodawek sutkowych*

*Jeśli wywołanie porodu będzie konieczne, chciałabym, aby przed podaniem oksytocyny zostały użyte prostaglandyny*

## Cesarskie cięcie

*Chciałabym, by osoba towarzysząca mogła być obecna podczas operacji*

*Zależy mi, aby mieć możliwość jak najszybszego pierwszego kontaktu z dzieckiem, jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał*

*Jeśli będzie to możliwe, chciałabym, aby dziecko zostało oddane na ręce osoby towarzyszącej od razu po porodzie i mogło być z nią w kontakcie „skóra do skóry”*

*Chciałabym nakarmić dziecko jak najszybciej po porodzie, jeśli będzie to możliwe*

## Po porodzie

*Zależy mi, by towarzysząca mi osoba mogła przeciąć pępowinę*

*Zależy mi, by pępowina została przecięta dopiero, gdy przestanie tętnić*

*Chciałabym, aby moje dziecko było u mnie na brzuchu w kontakcie „skóra do skóry” tak długo, jak będziemy tego potrzebowali*

*Chciałabym nakarmić dziecko piersią jeszcze w sali porodowej*

*Chciałabym, aby moje dziecko zostało owinięte w pieluszki, które przyniosłam z domu*

*Chciałabym, aby moje dziecko zostało ubrane w rzeczy, które przyniosłam z domu*

*Nie wyrażam zgody na robienie zdjęcia mojemu dziecku podczas ważenia, zwłaszcza z użyciem lampy błyskowej*

*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*

*Chciałabym trzymać dziecko na rękach podczas rodzenia łożyska i w trakcie ewentualnych innych zabiegów*

*Proszę o wykonanie wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar podczas kontaktu „skóra do skóry”, gdy dziecko będzie leżało na moim brzuchu*

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

## Trzeci okres porodu

*Zanim zostaną podane mi środki naskurczowe, chciałabym spróbować urodzić łożysko samodzielnie*

*Nie zgadzam się na podanie środków naskurczowych w 3. okresie porodu*

*Chciałabym mieć możliwość przystawienia dziecka do piersi, zanim urodzę łożysko*

## Na oddziale położniczym

*Chciałabym, aby dziecko było cały czas ze mną w pokoju*

*Chciałabym, aby dziecko było ze mną w pokoju w ciągu dnia, a w nocy na sali noworodkowej*

*Chciałabym zostać poinstruowana, jak mam przewijać i kąpać dziecko*

*Chciałabym, aby kąpiel dziecka i inne czynności pielęgnacyjne oraz ewentualne badania i zabiegi odbywały się w obecności mojej lub ojca dziecka*

*Zależy mi na otrzymaniu pomocy w zakresie prawidłowego przystawienia dziecka do piersi*

*Zależy mi na instruktażu dotyczącym technik i pozycji do karmienia piersią*

*Nie wyrażam zgody na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym; jeśli sytuacja medyczna będzie wymagała takiej interwencji, to chciałabym mieć możliwość konsultacji z lekarzem i doradcą laktacyjnym*

*Zależy mi na pełnej informacji o stanie zdrowia mojego dziecka*

*Jeśli będzie taka konieczność, to chciałabym skorzystać z pomocy doradcy laktacyjnego*

*Chciałabym skorzystać z możliwości rozmowy z psychologiem/konsultacji psychologicznej*

*Zakładając, że i ja, i dziecko będziemy czuć się dobrze, chciałabym wyjść do domu najszybciej jak to jest możliwe*

## Szczepienia

*Zgadzam się na szczepienie dziecka*

*Nie wyrażam zgody na szczepienie dziecka w pierwszej dobie*

*Proszę, aby szczepienie dziecka odbyło się w obecności mojej lub ojca dziecka*

*Chciałabym, aby moje dziecko zostało zaszczepione dostarczonymi przeze mnie szczepionkami*

## Dodatkowe uwagi



ul. Nowolipie 13/15, 00-150 Warszawa  
fundacja@rodzicpoludzku.pl  
www.rodzicpoludzku.pl www.gdzierodzic.info

