



Mazowiecki Szpital Wojewódzki  
w Siedlcach Sp. z o.o.

Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o.  
SIEDLECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY  
Oddział Położniczo - Ginekologiczny  
08 – 110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26  
Tel. 25 6403542  
REGON 141944750 NIP 8212577607  
000000025128-01-026

## PLAN PORODU

Nazwisko i imię:		PESEL
Lekarz prowadzący ciążę	Położna prowadząca ciążę	Osoba towarzysząca w trakcie porodu (kim jest ? – mąż/partner, przyjaciółka, inna bliska osoba):

### **Szanowna Pani**

*Plan Porodu to rodzaj dokumentu, w którym kobieta zawiera swoje oczekiwania wobec porodu. W myśl obowiązującego od 4 października 2012 r. standardu opieki okołoporodowej (rozporządzenie Ministra Zdrowia, określające procedury postępowania w opiece nad w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, Dziennik Ustaw 2012 poz. 1100), taki plan powinna Pani opracować wspólnie z lekarzem prowadzącym ciążę lub położną. Personel medyczny Naszego Szpitala powinien omówić z Panią pani „plan porodu” i dostosować opiekę, w miarę możliwości organizacyjnych, do Pani indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej.*

*Z uwagi na fakt, że nie posiada Pani opracowanego wcześniej planu porodu prosimy przekazać nam swoje oczekiwania związane z porodem.*

### **Prawidłową odpowiedź proszę otoczyć obwódką**

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

TAK

NIE

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

TAK

NIE

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

TAK

NIE

## I OKRES PORODU

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

	TAK	NIE
--	-----	-----
2. Chcę mieć możliwość swobodnego poruszania się w trakcie I okresu porodu:

	TAK	NIE
--	-----	-----
3. W trakcie I okresu porodu pragnę korzystać z:

prysznic	TAK	NIE
piłki	TAK	NIE
krzesła porodowego	TAK	NIE
worka sacco	TAK	NIE
4. Dopuszczam możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego w czasie trwania porodu:

	TAK	NIE
--	-----	-----
5. Dopuszczam możliwość złagodzenia bólu przez stosowanie wziewne Entonoxu:

	TAK	NIE
--	-----	-----
6. Chcę być na bieżąco informowana o postępie porodu:

	TAK	NIE
--	-----	-----
7. Zależy mi na możliwości pełnego uczestnictwa osoby towarzyszącej, za jej zgodą, z możliwością czasowego wyłączenia się z porodu – wyjścia z sali porodowej (np. w trakcie badań, w trakcie II okresu porodu):

	TAK	NIE
--	-----	-----
8. Mój stosunek do procedur medycznych:

chciałabym mieć przebitą pęcherz płodowy	TAK	NIE
chciałabym mieć podaną oxytocynę w trakcie porodu	TAK	NIE
chciałabym mieć podawane płyny dożylnie	TAK	NIE
chciałabym mieć stały zapis KTG	TAK	NIE

## II OKRES PORODU

1. Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie jak najdłużej w trakcie drugiego okresu porodu:

na boku	TAK	NIE
kuczna	TAK	NIE
pionowa	TAK	NIE
kolankowo – łokciowa	TAK	NIE
na krzeselku porodowym	TAK	NIE
inna: .....		
2. Mój stosunek do nacięcia krocza:

chciałabym mieć nacięte krocze	TAK	NIE
chciałabym mieć ochronione krocze	TAK	NIE
akceptuję nacięcie krocza w przypadku ryzyka jego pęknięcia lub zagrożenie stanu zdrowia dziecka:	TAK	NIE

3. Chcę, aby monitorowanie tętna płodu (KTG) w drugim okresie porodu odbywało się:
- |                                  |     |     |
|----------------------------------|-----|-----|
| na stałe                         | TAK | NIE |
| po każdym skurczu przez 1 minutę | TAK | NIE |
4. Pragnę aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka, o ile stan zdrowia dziecka na to pozwala:
- |     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|
5. Zależy mi na kontakcie z moim dzieckiem bezpośrednio po porodzie „skóra do skóry”:
- |     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|
6. W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny ( próżniociąg położniczy, kleszcze, cięcie cesarskie):
- |     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

### III i IV OKRES PORODU

1. Chciałabym pozostać z dzieckiem w sposób nieprzerwany (2 godziny) od momentu porodu, przez cały okres pobytu na Sali Porodowej:
- |     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|
2. Jeśli III okres porodu będzie przebiegał fizjologicznie, chciałabym aby był prowadzony niefarmakologicznie (bez podawania oxytocyny):
- |     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

### PO PORODZIE

1. Zgodnie z moimi preferencjami i wiedzą na temat żywienia noworodka chciałabym aby umożliwiono mi:
- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| karmienie piersią                               | TAK | NIE |
| karmienie sztuczne                              | TAK | NIE |
| dokarmianie dziecka w uzasadnionych przypadkach | TAK | NIE |
2. Chciałabym aby po porodzie:
- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| dziecko pozostało cały czas ze mną w pokoju                              | TAK | NIE |
| dziecko było ze mną w pokoju w ciągu dnia, a w nocy na sali noworodkowej | TAK | NIE |
3. Chciałabym, aby szczepienie dziecka odbywało się w obecności mojej lub ojca dziecka:
- |     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|
4. Pragnę, aby wszystkie zabiegi przy dziecku były wykonywane w mojej obecności lub obecności ojca dziecka:
- |     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|
5. Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w oddziale położniczym:
- |     |     |
|-----|-----|
| TAK | NIE |
|-----|-----|

..... data	..... pieczętka i podpis położnej przyjmującej oświadczenie	..... data	..... podpis pacjentki/ przedstawiciela ustawowego
---------------	---	---------------	---