Plan porodu to pisemny plan zawierający preferencje i życzenia przyszłej mamy w kwestii przebiegu porodu, sposobów łagodzenia bólu, osób towarzyszących przy porodzie oraz sposobu postępowania z noworodkiem po porodzie.

Pomimo, iż nie jest możliwe przewidzenie i zaplanowanie wszystkich okoliczności rozwiązania, to jednak plan porodu pozwoli personelowi szpitala na szybkie działanie, bez potrzeby zmuszania przyszłej mama do podejmowania decyzji w tak ważnym i stresującym momencie.

**Imię i Nazwisko**

**Data urodzenia**

1. Moim wybranym miejscem porodu jest : □ Szpital □ inne

2. Zamierzam rodzić z osobą towarzyszącą. □ tak ……………….. □ nie

*(wpisać mąż, partner, matka, inna osoba)*

3. Pragnę, aby osoba bliska była ze mną. □ cały czas

□ tylko w niektórych momentach

*(kiedy?)………………………………………*

□ nie dotyczy

4. Chcę mieć możliwość słuchania własnej muzyki, w celu lepszej relaksacji.

□ tak □ nie

5. Znieczulenie porodu □ chcę skorzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu

□ planuję poród ze znieczuleniem zewnątrzoponowym

6. Warunki porodu □ chcę mieć możliwość swobodnego poruszania się zanim zacznie się akcja porodowa

□ chcę mieć możliwość przyjmowania płynów doustnie, przynajmniej przez pierwszy okres porodu

□ chcę mieć możliwość dowolnej zmiany pozycji dla ułatwienia porodu

□ chcę dotknąć główki dziecka w czasie porodu

□ wolałabym ograniczyć do minimum badania dopochwowe

□ chcę aby zaraz po porodzie położono mi dziecko na brzuchu/przy piersi

□ nie życzę sobie stałego monitorowania płodu, chyba że okaże się to konieczne

□ dopuszczam cięcie cesarskie tylko wtedy, gdy okaże się konieczne

7. Jeśli nie będzie postępu porodu, chciałabym zacząć od przebicia pęcherza płodowego,  
w celu przyspieszenia akcji porodowej. □ tak nie □

8. Jeśli lekarz zdecyduje o konieczności cięcia cesarskiego, chcę być na bieżąco o wszystkim informowana. □ tak nie □9. Wolałabym uniknąć nacięcia krocza chyba, że okaże się to konieczne dla bezpieczeństwa dziecka i mojego. □ tak nie □

10. W razie konieczności szycia nacięcia lub pęknięcia krocza, proszę o znieczulenie miejscowe. □ tak nie □

11. Chciałabym, aby pępowina została przecięta przez: □ osobę towarzyszącą

□ położną

12. Pragnę potrzymać dziecko przez okres około 2 godzin, zanim zostanie zabrane do pierwszej toalety. □ tak nie □

13. Planuję karmić dziecko piersią i chcę mieć dziecko cały czas przy sobie.

□ tak nie □

14. Planuję zdeponować krew pępowinową w banku krwi.

□ tak nie □

**Informacje obligatoryjne !!!**

**15. Dokonałam wyboru położnej środowiskowej   
Dane położnej środowiskowej**

**Imię i Nazwisko położnej POZ ………………………………….………………………………………………………...**

**Adres położnej POZ lub placówki POZ …………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nr telefonu oraz faksu ………………………………………………………………………………………………………..**

**Adres e-mail: ………………………………………………………………………………….....................................**

16. Inne oczekiwania ...................................................................................................................

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

**Rozumiem, że moje preferencje i życzenia mogą być zrealizowane tylko w przebiegu porodu fizjologicznego bez jakichkolwiek komplikacji i przy braku zagrożeń dla mnie i dziecka.**

**……………………………………………**

(czytelny podpis)