



PLAN PORODU

NAZYWAM SIĘ _____ , TO MOJA ____ CIĄŻA I WŁAŚNIE
RODZĘ _____. NAPISAŁAM TEN PLAN PORODU, BY PRZEKAZAĆ PAŃSTWU
MOJE OCZEKIWANIA ZWIĄZANE Z PORODEM. BĘDĘ WDZIĘCZNA, JEŚLI SPRAWUJĄC
OPIEKĘ NADE MNĄ I MOIM DZIECKIEM WEŹMIECIE TEN PLAN POD UWAGĘ.
ROZUMIEM, ŻE PODCZAS PORODU MOŻE OKAZAĆ SIĘ, ŻE NIEKTÓRYCH
PODPUNKTÓW Z MOJEGO PLANU PORODU NIE MOŻNA ZREALIZOWAĆ. W TAKIEJ
SYTUACJI CHCIAŁABYM PROSIĆ O PEŁNĄ INFORMACJĘ I MIEĆ MOŻLIWOŚĆ ANALIZY
SYTUACJI I PODEJMOWANIA DECYZJI.

CHORUJĘ NA:

LEKI / SUPLEMENTY, KTÓRE PRZYJMUJĘ NA STAŁE:

MAM ALERGIĘ NA:

W TRAKCIE CIĄŻY CHOROWAŁAM NA:

[illegible]



PORÓD

- ☐ PLANUJĘ RODZIĆ Z BLISKĄ OSOBĄ _____
- ☐ PLANUJĘ RODZIĆ Z DOULĄ _____
- ☐ PLANUJĘ RODZIĆ SAMA

- ☐ CHCIAŁABYM, ABY OSOBA TOWARZYSZĄCA BYŁA ZE MNĄ PRZY WSZYSTKICH ZABIEGACH
- ☐ CHCIAŁABYM, ABY OSOBA TOWARZYSZĄCA BYŁA ZE MNĄ PRZY WYBRANYCH
PRZEZE MNIE ZABIEGACH/ OKRESACH PORODU
- ☐ ZALEŻY MI, ABY MOJEJ OSOBIE TOWARZYSZĄCEJ UDZIELANO INFORMACJI
O POSTĘPIE PORODU
- ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY NA OBECNOŚĆ STUDENTÓW/TEK POŁOŻNICTWA I MEDYCYNY

- ☐ PROSZĘ NIE PROPONOWAĆ MI FARMAKOLOGICZNYCH ŚRODKÓW PRZECIWBÓLOWYCH,
ZANIM SAMA O TO NIE POPROSZĘ
- ☐ CHCIAŁABYM MÓC KORZYSTAĆ Z NIEFARMAKOLOGICZNYCH METOD ŁAGODZENIA BÓLU
TAKICH JAK MASAŻ PRZEZ OSOBĘ TOWARZYSZĄCĄ, IMERSJA WODNA, CIEPŁE OKŁADY, TENS)
- ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE ŚRODKÓW ZMIENIAJĄCYCH ŚWIADOMOŚĆ (OPIOIDY)
- ☐ JEŚLI POPROSZĘ O ULŻENIE MI W BÓLU, PROSIŁABYM O ZAPROPONOWANIE MI W PIERWSZEJ
KOLEJNOŚCI NATURALNYCH METOD ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO
- ☐ CHCIAŁABYM KORZYSTAĆ TYLKO Z NIEFARMAKOLOGICZNYCH METOD ŁAGODZENIA BÓLU
- ☐ CHCIAŁABYM OTRZYMAĆ WSZYSTKIE ŚRODKI FARMAKOLOGICZNE JAKIE BĘDĄ MOŻLIWE
- ☐ JEŚLI NIE BĘDZIE WYRAŻNYCH WZGLĘDÓW MEDYCZNYCH, CHCIAŁABYM UNIKNĄĆ
WYWOŁYWANIA PORODU
- ☐ ZALEŻY MI, ABY MÓJ PORÓD PRZEBIEGAŁ NATURALNIE, BEZ INTERWENCJI
- ☐ ZGADZAM SIĘ NA PODANIE OKSYTOCYN, PRZEBICIE PĘCHERZA I STAŁE MONITOROWANIE
KTG, GDY MOJA SYTUACJA BĘDZIE TEGO WYMAGAŁA, PO UPRZEDNIM WYJAŚNIENIU MI
POWODÓW ZASTOSOWANIA TYCH INTERWENCJI



PORÓD

- ☐ PROSZĘ PYTAĆ MNIE O ZGODĘ NA WSZYSTKIE BADANIA I ZABIEGI PODCZAS PORODU
- ☐ CHCIAŁABYM MIEĆ SWOBODĘ PORUSZANIA SIĘ W TRAKCIE I I II OKRESU PORODU
- ☐ CHCIAŁABYM MIEĆ MOŻLIWOŚĆ KORZYSTANIA Z WANNY/PRYSZNICA
- ☐ CHCIAŁABYM URODZIĆ DO WODY, JEŚLI NIE BĘDZIE KU TEMU PRZECIWWSKAZAŃ
- ☐ CHCIAŁABYM MIEĆ MOŻLIWOŚĆ KORZYSTANIA ZE SPRZĘTÓW, TAKICH JAK MATERAC, WOREK SAKO, PIŁKA, SZAL REBOZO, AROMATERAPIA ETC
- ☐ CHCIAŁABYM PROSIĆ O PRZYGASZENIE ŚWIATEŁ I WYCISZENIE W CHWILI, GDY DZIECKO BĘDZIE WYCHODZIĆ NA ŚWIAT
- ☐ W MOMENCIE WYŁANIANIA SIĘ GŁÓWKI DZIECKA CHCIAŁABYM JEJ DOTKNAĆ

PO PORODZIE

- ☐ ZALEŻY MI, ABY PĘPOWINA ZOSTAŁA PRZECIĘTA, GDY PRZESTANIE TĘTNIĆ, PRZEZ OSOBĘ TOWARZYSZĄCĄ MI PODCZAS PORODU
- ☐ JA SAMA CHCIAŁABYM PRZECIĄĆ PĘPOWINĘ
- ☐ ZALEŻY MI, ABY MOJE DZIECKO BYŁO W KONTAKCIE „SKÓRA DO SKÓRY” U MNIE NA BRZUCHU MINIMUM 2 GODZINY (KONTAKT TEN, MOŻE BYĆ PRZERWANY JEDYNNIE W SYTUACJI ZAGROŻENIA ŻYCIA/ZDROWIA MOJEGO LUB DZIECKA)
- ☐ CHCIAŁABYM UBRĄĆ DZIECKO W CIUSZKI PRZYNIESIONE Z DOMU
- ☐ CHCIAŁABYM, ABY DZIECKO ZOSTAŁO UBRANE W CIUSZKI Z WYPRAWKI SZPITALNEJ
- ☐ CHCIAŁABYM, ABY EWENTUALNE BADANIA I ZABIEGI ODBYWAŁY SIĘ W OBECNOŚCI MOJEJ LUB OJCA DZIECKA
- ☐ ZALEŻY MI NA OTRZYMANIU POMOCY W ZAKRESIE PRAWIDŁOWEGO PRZYSTAWIENIA DZIECKA DO PIERSI, A TAKŻE INSTRUKTAŻU, JAK MAM PRZEWIJAĆ I KĄPAĆ DZIECKO



NOWORODEK

- ☐ WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE OCHRONNYCH SZCZEPIEŃ W SZPITALU
- ☐ CHCIAŁABYM ZASZCZEPIĆ DZIECKO W DNIU WYPISU
- ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY NA SZCZEPIENIA OCHRONNE W SZPITALU
- ☐ WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE WITAMINY K DZIECKU DROGĄ DOMIĘŚNIOWĄ ZGODNIE Z AKTUALNYMI STANDARDAMI MEDYCZNYMI
- ☐ WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE WITAMINY K DZIECKU W FORMIE DOUSTNEJ (WIEDZĄC O MNIEJSZEJ SKUTECZNOŚCI DZIAŁANIA PREPARATU ORAZ O BRAKU MOŻLIWOŚCI DALSZEJ SUPLEMENTACJI W KRAJU)
- ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE WITAMINY K DZIECKU
- ☐ WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE DZIECKU ERYTROMYCYN DO WORKÓW SPOJÓWKOWYCH CELEM PROFILAKTYKI BAKTERYJNEGO ZAPALENIA SPOJÓWEK ZGODNIE Z AKTUALNYMI STANDARDAMI MEDYCZNYMI
- ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY NA PODANIE DZIECKU ERYTROMYCYN DO WORKÓW SPOJÓWKOWYCH

KONSULTACJE W ODDZIALE POŁOŻNICZYM

- ☐ CHCIAŁABYM SKORZYSTAĆ Z KONSULTACJI FIZJOTERAPEUTKI UROGINEKOLOGICZNEJ
- ☐ CHCIAŁABYM SKORZYSTAĆ Z KONSULTACJI PSYCHOLOGICZNEJ
- ☐ CHCIAŁABYM SKORZYSTAĆ Z KONSULTACJI CERTYFIKOWANEJ DORADCZYNI LAKTACYJNEJ

*WSZYSTKIE KONSULTACJE ODBYWAJĄ SIĘ OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU W G. 7:00 – 14:35

DODATKOWE UWAGI