



### PLAN PORODU

Plan porodu jest wstępną listą preferencji kobiety i może być realizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych. Plan może ulec modyfikacji adekwatnej do stanu położniczego.

Nazwisko i imię	
Termin porodu	
Która ciąża?	
Który poród?	

LP	Propozycja przygotowania, przebiegu porodu i postępowania po porodzie	Proszę zakreślić właściwą odpowiedź		UWAGI Wpisuje osoba prowadząca poród
		TAK	NIE	
1	Poród w obecności osoby towarzyszącej:	TAK	NIE	
2	Wykonanie lewatywy:	TAK	NIE	
3	Wykonanie golenia owłosienia łonowego:	TAK	NIE	
4	Założenie wkłucia (wenflonu):	TAK	NIE	
5	Podanie leków naskurczowych tj. oxytocyny:	TAK	NIE	
6	Prowadzenie aktywnego porodu poprzez chodzenie lub zajmowanie dogodnych pozycji:	TAK	NIE	
7	Ograniczenie do niezbędnego minimum podłączenia KTG:	TAK	NIE	
	Wybór metody łagodzenia bólu-			
	kąpiele pod prysznicem:	TAK	NIE	
	masaż:	TAK	NIE	

8	leki przeciwbólowe:	TAK	NIE	
	leki rozkurczowe:	TAK	NIE	
	ENTONOX- „gaz rozweselający”:	TAK	NIE	
	worek Sako:	TAK	NIE	
	piłka:	TAK	NIE	
9	Przyjmowanie płynów doustnych:	TAK	NIE	
10	Parcie polegające wyłącznie na odruchu instynktownym:	TAK	NIE	
11	Nacięcie krocza:	TAK	NIE	
12	Ochrona krocza:	TAK	NIE	
13	Położenie noworodka bezpośrednio po porodzie na brzuch matki:	TAK	NIE	
14	Przecięcie pępowiny po ustaniu tętnienia wykonane przez –			
	osobę towarzyszącą:	TAK	NIE	
	samą rodzącą:	TAK	NIE	
	personel medyczny:	TAK	NIE	
15	Urodzenie łożyska w sposób naturalny:	TAK	NIE	
16	Stały kontakt z noworodkiem po porodzie:	TAK	NIE	
17	Pierwsze karmienie dziecka natychmiast po porodzie:	TAK	NIE	
18	Karmienie dziecka wyłącznie piersią:	TAK	NIE	
19	W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy (próżniociąg, kleszcze):	TAK	NIE	
20	Pragnę mieć możliwość kontaktu z najbliższymi zgodnie z regulaminem tego oddziału:	TAK	NIE	

21	Inne uwagi kobiety rodzącej:		
----	------------------------------	--	--

Data i podpis pacjentki:  
Porodu:

Data i podpis osoby konsultującej Plan

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  
63-400 Ostrów Wielkopolski; ul. Limanowskiego 20-22  
tel.: 62 595 11 00; fax: 62 736 29 09  
e-mail: szpital@szpital.osw.pl  
[www.szpital.osw.pl](http://www.szpital.osw.pl)