



**OSTRZESZOWSKIE**  
CENTRUM ZDROWIA

Otaczamy opieką

**Masz pytania?**  
Skontaktuj się z nami.  
Jesteśmy dla Ciebie.

### Oddział Ginekologiczno-Położniczy:

Sekretariat Oddziału: 62 503 22 09  
Położna Oddziałowa: 62 503 22 78  
Dyżurka Położnych: 62 503 22 78

**Ostrzeszowskie**  
**Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**  
Al. Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów

[www.szpital.ostrzeszow.pl](http://www.szpital.ostrzeszow.pl)  
[sekretariat@szpital.ostrzeszow.pl](mailto:sekretariat@szpital.ostrzeszow.pl)

# Plan porodu

## Droga przyszła mamo!

Abyś czuła się na naszym oddziale komfortowo podczas całego porodu, prosimy Cię o kilka informacji, które ułatwią nam wspólne przejście przez ten proces. Poniższy plan porodu obejmuje elementy postępowania medycznego podczas porodu, a także po nim. Razem z położną ustal, co jest dla Ciebie najodpowiedniejsze.

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Pesel \_\_\_\_\_

Nazwisko osoby sprawującej opiekę w ciąży (lekarz/położna)

\_\_\_\_\_

Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych. Dla bezpieczeństwa oraz dobra matki i dziecka plan porodu może ulec zmianie.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

Podpis



## Plan porodu

	Tak	Nie
Chciałabym rodzić z bliską osobą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zależy mi, by personel szpitala uzgadniał ze mną wszystkie procedury medyczne zanim zostaną wykonane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na golenie krocza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na założenie wkłucia dożylnego przed porodem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym mieć wykonaną lewatywę przed porodem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym mieć możliwość jedzenia i picia podczas porodu, jeśli nie będzie przeciwwskazań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym mieć możliwość pobrania krwi pępowinowej do banku komórek macierzystych (mam własny zestaw)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmieniania pozycji i korzystania z prysznicza w trakcie porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym, aby pozwolono mi przeć w taki sposób i w takim rytmie jaki będzie mi nakazywał instynkt, jeśli poród będzie przebiegał w sposób prawidłowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę o nie nacinanie krocza, chyba, że będzie to konieczne ze wskazań medycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wolałabym mieć nacięte krocze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy (kleszcze, próżnościąg położniczy) lub operacyjny (cięcie cesarskie), chciałabym być w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego (masaż, immersja wodna, TENS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Po urodzeniu się dziecka proszę o możliwość przywitania się z nim „skóra do skóry” w sytuacji, gdy pozwala na to jego stan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planuję karmić dziecko naturalnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę nie dokarmiać dziecka bez uzgodnienia tego ze mną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym, aby dziecko było ze mną cały czas, jeśli nie ma przeciwwskazań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę o udzielenie instruktażu przystawienia dziecka do piersi, przewijania i pielęgnacji noworodka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na szczepienie dziecka (BCG i WZW typu B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>