

PLAN PORODU ♥

zgodny z aktualnym Standardem Organizacyjnym
Opieki Okołoporodowej (2025/2026)



DANE PACJENTKI

Imię i nazwisko: _____

Termin porodu: _____

Lekarz prowadzący ciążę: _____

Położna prowadząca: _____

Osoba towarzysząca: _____

Telefon kontaktowy: _____

Istotne choroby / alergię / potrzeby szczególne:



INFORMACJA

Niniejszy plan porodu jest wyrazem moich preferencji dotyczących opieki okołoporodowej. Rozumiem, że może on ulec modyfikacji w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia mojego albo dziecka.

PROSZĘ O:

- ♥ informowanie mnie o przebiegu porodu,
- ♥ omawianie proponowanych procedur i interwencji,
- ♥ uzyskiwanie mojej świadomej zgody przed wykonaniem procedur medycznych, jeśli sytuacja kliniczna na to pozwala,
- ♥ spokojną i partnerską komunikację.



I OKRES PORODU

CHCIAŁABYM:

- ☐ mieć możliwość swobodnego poruszania się
- ☐ przyjmować wygodne dla mnie pozycje
- ☐ pić płyny podczas porodu
- ☐ spożywać lekkostrawne posiłki, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych
- ☐ korzystać z metod aktywnego porodu

CHCIAŁABYM KORZYSTAĆ Z:

METOD NIEFARMAKOLOGICZNYCH:

- prysznic
- piłka
- worek sako
- drabinki
- techniki oddechowe
- masaż
- TENS
- aromaterapia
- muzykoterapia
- ciepłe okłady

METOD FARMAKOLOGICZNYCH:

- gaz rozweselający
- paracetamol
- leki rozkurczowe
- opioidy
- znieczulenie zewnątrzoponowe
- decyzję podejmę w trakcie porodu



MONITOROWANIE PORODU

- ☐ akceptuję okresowe monitorowanie KTG
- ☐ akceptuję ciągłe monitorowanie KTG wyłącznie przy wskazaniach medycznych
- ☐ zależy mi na zachowaniu możliwości poruszania się podczas monitorowania



INTERWENCJE MEDYCZNE

Rozumiem, że interwencje medyczne mogą być konieczne dla bezpieczeństwa mojego lub dziecka.

PROSZĘ O WCZEŚNIEJSZE OMÓWIENIE WSKAZAŃ DO:

- ☐ indukcji lub stymulacji porodu
- ☐ przebicia pęcherza płodowego
- ☐ podania oksytocyny
- ☐ założenia wkłucia dożylnego
- ☐ podawania leków drogą dożylną / domięśniową / doustną
- ☐ nacięcia krocza
- ☐ ukończenia porodu zabiegowo lub operacyjnie



Wyrażam zgodę na wykonanie pilnych procedur medycznych w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia mojego albo dziecka.



SZPITAL KIELECKI
św. ALEKSANDRA Sp. z o.o.

PLAN PORODU ♥

zgodny z aktualnym Standardem Organizacyjnym
Opieki Okołoporodowej (2025/2026)



II OKRES PORODU

- ☐ chciałabym pozostać aktywna
- ☐ chciałabym rodzić w dogodnej dla mnie pozycji
- ☐ chciałabym przeć zgodnie z odczuwaną potrzebą
- ☐ chciałabym uniknąć rutynowego nacięcia krocza

PREFEROWANE POZYCJE PORODOWE:



pionowe na boku kuczna kolankowo-
łokciowa półsiedząca inne: _____



III OKRES PORODU I PIERWSZY KONTAKT Z DZIECKIEM

- ☐ zależy mi na nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” przez około 2 godziny po porodzie, jeśli stan mój i dziecka na to pozwala
- ☐ chciałabym opóźnionego odpępnienia pępowiny
- ☐ chciałabym, aby osoba towarzysząca przecięła pępowinę
- ☐ chciałabym rozpocząć karmienie piersią jak najszybciej po porodzie
- ☐ proszę, aby ważenie i mierzenie dziecka odbyło się po zakończeniu kontaktu „skóra do skóry”, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych

W PRZYPADKU CIĘCIA CESARSKIEGO LUB BRAKU MOŻLIWOŚCI KONTAKTU „SKÓRA DO SKÓRY”:

- ☐ chciałabym kontaktu „skóra do skóry” z osobą towarzyszącą



KARMIENIE DZIECKA

- ☐ planuję karmienie piersią
- ☐ planuję karmienie mieszane
- ☐ planuję karmienie preparatem do początkowego żywienia niemowląt
- ☐ proszę o wsparcie w zakresie laktacji i karmienia noworodka



OPIEKA NAD NOWORODKIEM

- ☐ zgadzam się na standardowe procedury medyczne u noworodka zgodnie z aktualnymi zaleceniami
- ☐ zgadzam się na profilaktykę witaminą K
- ☐ zgadzam się na szczepienia ochronne zgodnie z obowiązującym programem
- ☐ zgadzam się na profilaktykę okulistyczną



SZCZEGÓLNE POTRZEBY / INFORMACJE DLA PERSONELU

- ☐ mam wcześniejsze trudne doświadczenia porodowe
- ☐ potrzebuję zwiększonego wsparcia emocjonalnego
- ☐ proszę o ograniczenie liczby osób obecnych podczas porodu
- ☐ proszę o spokojne informowanie mnie o wszystkich procedurach
- ☐ inne potrzeby / wartości ważne dla mnie podczas porodu:



MamaCare
BEZPIECZNA CIĄŻA
Kompleksowa opieka okołoporodowa



Data: _____ ♥ Podpis pacjentki: _____

Podpis położnej / lekarza: _____