

PLAN PORODU

Poród to wyjątkowe przeżycie. Wydarzenie, na które czekacie z niecierpliwością.

Mając na względzie Wasze potrzeby i marzenia, związane z tą chwilą, zachęcamy do stworzenia indywidualnego planu porodu. Prosimy o zakreślenie punktów, które odzwierciedlają te oczekiwania.

- ☐ Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany tylko w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych.

PODSTAWOWE INFORMACJE

Imię i nazwisko

.....

Liczba ciąż: Liczba porodów:

Lekarz prowadzący ciążę:

- ☐ Nazwisko wcześniej wybranej położnej, jeśli jej obecność jest planowana podczas porodu:

.....

- ☐ Pragnę rodzić z bliską mi osobą (mąż/partner, mama, przyjaciółka, doula, itp.):

.....

- ☐ Planuję rodzić sama.

- ☐ Chciałabym, aby osoba towarzysząca była ze mną przy wszystkich/wybranych przeze mnie zabiegach.

- ☐ Zależy mi, aby mojej osobie towarzyszącej udzielano informacji o postępie porodu.

PRZYGOTOWANIE DO PORODU

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie zabiegów przygotowujących do porodu:

- ☐ lewatywa
- ☐ golenie krocza

PORÓD

- ☐ Pragnę, aby cały mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności, z poszanowaniem godności osobistej mojej i mojego dziecka.
- ☐ Chciałabym być informowana, przez cały okres porodu, o planowanych procedurach, zagrożeniach i stosowanych lekach, dotyczących mnie i dziecka.
- ☐ Zależy mi na pełnej i bieżącej informacji o postępie porodu.
- ☐ Zależy mi by ograniczyć liczbę badań dopochwowych i aby w miarę możliwości odbywały się one w dogodnej dla mnie pozycji.

I OKRES PORODU

- ☐ Chciałabym zachować możliwość bycia aktywną i preferuję wertykalne pozycje w trakcie czynności skurczowej I okresu porodu.
- ☐ Zgadzam się na podanie oxytocyny w trakcie porodu.
- ☐ Zgadzam się na wykonywanie zapisów KTG.
- ☐ Zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego.
- ☐ Zupełnie niezgodne z moją wizją I okresu porodu jest:

.....

.....

.....

ŁAGODZENIE BÓLU

- ☐ Chciałabym móc korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, takich jak masaż przez osobę towarzyszącą, prysznic.
- ☐ Dopuszczam możliwość skorzystania ze znieczulenia zewnątrzoponowego porodu.
- ☐ Nie chcę znieczulenia zewnątrzoponowego.
- ☐ Jeśli zostanie podane mi znieczulenie zewnątrzoponowe, chciałabym zachować możliwość poruszania się i przyjmowania dowolnej pozycji.

II OKRES PORODU

- ☐ Zależy mi na możliwości zachowania pozycji dogodnej dla mnie przez cały czas trwania II okresu porodu.
- ☐ Chciałabym mieć możliwość urodzenia dziecka w pozycji

.....

- ☐ Zupełnie niezgodne z moją wizją II okresu porodu jest:

.....

.....

.....

NACIĘCIE / OCHRONA KROCZA

- ☐ Zależy mi na uniknięciu nacięcia krocza.
- ☐ Wolałabym mieć nacięcie krocza.
- ☐ Proszę o miejscowe znieczulenie przy zszywaniu krocza.

III i IV OKRES PORODU

- ☐ Pragnę, aby osoba towarzysząca mogła przeciąć pępowinę mojego dziecka.
- ☐ W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny (próchnociąg położniczy, cięcie cesarskie).
- ☐ Chciałabym, aby moje dziecko było u mnie na klatce piersiowej w kontakcie „skóra do skóry” tak długo, jak będziemy tego potrzebowali.
- ☐ Chciałabym, aby moje dziecko zostało ubrane w rzeczy, które przyniosłam z domu.
- ☐ Zależy mi na tym, aby dziecko po porodzie zostało tylko osuszone i okryte pieluszkami.
- ☐ Proszę zważyć i zmierzyć moje dziecko po zakończeniu pierwszego kontaktu skóra do skóry.
- ☐ Chciałabym od razu po porodzie dowiedzieć się, ile waży i mierzy moje dziecko.
- ☐ Proszę o przeprowadzenie pełnego badania lekarskiego w późniejszym czasie, po zakończeniu pierwszego kontaktu, jeśli nie będzie przeciwwskazań medycznych.

PO PORODZIE

- ☐ Zgodnie z moimi preferencjami i wiedzą na temat żywienia noworodka chciałabym, aby umożliwiono mi karmienie piersią.
- ☐ Chciałabym pozostać po porodzie z dzieckiem w systemie „rooming in”, tzn. noworodek przebywa ze mną.
- ☐ Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w oddziale położniczym.
- ☐ Chciałabym zostać dokładnie poinstruowana jak mam przewijać, pielęgnować i kąpać dziecko.
- ☐ Chciałabym mieć możliwość skorzystania z porady doradcy laktacyjnego.

JEŚLI PRZED PORODEM LUB W CZASIE PORODU WYSTĄPIĄ WSKAZANIA DO ZASTOSOWANIA OKREŚLONYCH PROCEDUR MEDYCZNYCH DLA BEZPIECZEŃSTWA ORAZ DOBRA MATKI I DZIECKA – PLAN PORODU MOŻE ULEC ZMIANIE.

Podpis pacjentki

.....



To normalne, że nie wiesz wszystkiego będąc Rodzicem...
dlatego tak ważne jest, aby mieć obok siebie wsparcie!



Dołącz do Programu Nestlé Baby & me

Pozwól nam wspierać Cię na każdym etapie życia Maluszka!

Sprawdź, jak wiele korzyści dla Ciebie przygotowaliśmy!



Kalendarz rozwoju dziecka

Sprawdź, jak rozwija się Maluszek w kolejnych miesiącach.



Testowania produktów naszych marek

Wypełnij ankietę i weź udział w testach naszych produktów.



Konkurs „Graj o wózek dla Maluszka”

Wygraj wózek 3 w 1. Zwycięzcą będzie każdy miesiąc!



Nielimitowany dostęp do Strefy Eksperta

Skonsultuj ze specjalistą kwestie dotyczące Twojego Maluszka.



od 1. dnia po porodzie

SUPLEMENT DIETY

NANCARE LACTO+

- wspiera produkcję mleka mamy
- w każdej kapsułce aż 500 mg kozieradki naturalnie stymulującej laktację
- nie zawiera cukru, żelatyny i glutenu
- pomaga mamie karmić tak długo, jak tylko chce



NIE STOSOWAĆ W CZASIE CIĄŻY • Przechowywać w sposób niedostępny dla małych dzieci • Suplement diety nie może być stosowany jako zamiennik zróżnicowanej diety i zdrowego stylu życia. • Przed użyciem należy zasięgnąć porady lekarza lub położnej. • Nie przekraczać zalecanej dziennej porcji do spożycia bez konsultacji z lekarzem lub położną. • W rzadkich przypadkach osoby uczulone na orzeszki ziemne, soję lub inne rośliny strączkowe mogą odczuwać objawy alergii. NANCARE® LACTO+™ nie jest lekiem, a suplementem diety. W przypadku problemów ze zdrowiem lub jednoczesnego przyjmowania innych preparatów, skonsultuj stosowanie produktu z lekarzem. Jeśli wystąpią skutki uboczne, zrezygnuj ze stosowania NANCARE® LACTO+™