

Zgodnie z Rozdziałem IV Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem z 20 września 2012r. (Dz. U. z 2012r. poz. 1100) tj. z 7 lipca 2016r. (Dz. U. z 2016r. poz. 1132), poniżej przedstawiam **PLAN PORODU**, który stanowi część mojej dokumentacji medycznej.

MIEJSCE PORODU:

LEKARZ/POŁOŻNA* PROWADZĄCY CIĄŻĘ:

OSOBA BLISKA – TOWARZYSZĄCA PRZY PORODZIE:

1. Proszę o udzielenie mi pełnej, jasnej i zrozumiałej dla mnie informacji o każdym planowanym zabiegu, zanim wyrażę zgodę bądź nie wyrażę zgody na jego wykonanie.
2. Proszę, aby w przypadku zmiany osoby sprawującej nade mną opiekę, poinformowano mnie o tym.
3. Proszę o założenie wenflonu tylko w sytuacji tego wymagającej.
4. Proszę o omówienie ze mną strategii uśmierzania bólu porodowego dostępnych w niniejszej placówce i pomoc w wyborze najlepszej strategii dla mnie.
5. Proszę o pomoc w znalezieniu najlepszej dla mnie pozycji podczas całego porodu.
6. Proszę o udzielenie informacji o dostępności w niniejszej placówce Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, psychologa oraz opieki duszpasterskiej.
7. Proszę, aby podczas mojego porodu był tylko niezbędny personel/wyrażam zgodę na uczestnictwo innego personelu podczas mojego porodu.*
8. Zależy mi na maksymalnej ochronie mojego krocza. W przypadku wskazania medycznego do jego nacięcia, proszę o poinformowanie mnie o tym i w przypadku mojej zgody wykonanie zabiegu.
9. Proszę o umożliwienie mi kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry” przez dwie godziny i zbadanie dziecka na moim brzuchu.
10. Proszę o okazanie mi mojego łóżyska.
11. Proszę o przeprowadzenie instruktażu dotyczącego przystawienia noworodka do piersi oraz prawidłowej laktacji.
12. Informuję, że chcę być przy każdym zabiegu dotyczącym mojego dziecka. Uprzejmie proszę o udzielanie mi pełnej, jasnej i zrozumiałej dla mnie informacji o każdym planowanym zabiegu, zanim wyrażę zgodę bądź nie wyrażę zgody na jego wykonanie.
13. W przypadku zaistnienia wskazań medycznych do dokarmienia dziecka sztucznym mlekiem, proszę o poinformowanie mnie o tym, zanim wyrażę zgodę bądź nie wyrażę zgody na tą czynność.
14. Proszę o poinformowanie mnie o dostępnych w niniejszej placówce rodzajach (firmach) szczepionek oraz o ich ewentualnej odpłatności.
15. Wyrażam/nie wyrażam* zgody na szczepienie mojego dziecka w niniejszej placówce.

*SKREŚLIĆ NIEWŁAŚCIWE