



PLAN PORODU

(Zgodny ze standardami opieki okołoporodowej 2026)

Dane pacjentki:

Osoba towarzysząca:

Do personelu medycznego: Poniższy dokument jest wyrazem moich świadomych preferencji dotyczących opieki okołoporodowej. Proszę o uwzględnienie moich prośb, a w razie konieczności podjęcia interwencji medycznej – o rzetelną informację i uzyskanie mojej zgody.

I. Przygotowanie i otoczenie

- Chcę zachować jak największą intymność (przygaszone światło, ograniczenie liczby osób w sali).
- Chcę korzystać z własnego ubrania podczas porodu.
- Planuję słuchać własnej muzyki / korzystać z olejków eterycznych.

II. Przebieg porodu (I i II faza)

- **Swoboda ruchu:** Zależy mi na aktywnym porodzie (korzystanie z piłki, drabinek, prysznic, chodzenie).
- **Picie i jedzenie:** Chcę mieć możliwość picia wody i spożywania lekkich przekąsek, jeśli nie ma przeciwwskazań, a mój stan na to pozwoli.
- **Interwencje medyczne:** Proszę o unikanie rutynowego przebijania pęcherza płodowego (amniotomii) oraz podawania oksytocyny bez wyraźnych wskazań medycznych.
- **Badania:** Proszę o ograniczanie liczby badań wewnętrznych do niezbędnego minimum.

III. Łagodzenie bólu

- W pierwszej kolejności proszę o metody niefarmakologiczne (woda, masaż, TENS).



- **Znieczulenie:** Jestem zdecydowana na znieczulenie zewnątrzoponowe / Chcę zachować tę opcję jako ostateczność (proszę o informację, kiedy będzie ostatni moment na jego podanie).

IV. Parcie i poród

- **Pozycje wertykalne:** Chcę mieć możliwość parcia w pozycji innej niż leżąca (np. kucznej, na boku lub w klęku).
- **Ochrona krocza:** Zależy mi na uniknięciu nacięcia krocza – proszę o stosowanie ciepłych okładów i instruktaż parcia chroniącego tkanki.
- **Ochrona więzi:** Chcę samodzielnie (lub z pomocą partnera) przyjąć dziecko na klatkę piersiową zaraz po narodzinach.

V. Po narodzinach (III faza i Noworodek)

- **Kontakt „skóra do skóry”:** Proszę o nieprzerywanie pierwszego kontaktu przez minimum 2 godziny (chyba że wystąpi stan zagrożenia życia).
- **Pępowina:** Proszę o odczekanie z przecięciem pępowiny, aż przestanie tętnić.
- **Pomiary dziecka:** Proszę o zważenie i zmierzenie dziecka dopiero po zakończeniu pierwszego kontaktu i pierwszej próbie karmienia.

VI. Laktacja, karmienie i opieka położnicza

- **Laktacja:** Chcę karmić wyłącznie piersią. Proszę o pomoc położnej laktacyjnej w razie trudności.
- **Dokarmianie:** Nie wyrażam zgody na podawanie dziecku mieszanki ani glukozy bez medycznego uzasadnienia i mojej wiedzy.

Podpis pacjentki:

Data: