

PLAN PORODU / FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PROPONOWANE ZABIEGI / METODY ŁAGODZENIA BÓLU

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plan porodu - to pisemny plan zawierający życzenia i preferencje Pani co do przebiegu porodu, znieczulenia, osób asystujących przy porodzie, sposobu postępowania z noworodkiem po porodzie. Oczywiście nie jest możliwe przewidzenie i zaplanowanie wszystkich okoliczności rozwiązania, ale spisanie planu porodu będzie bardzo pomocne. Taki plan pozwoli personelowi szpitala na szybkie działanie, bez potrzeby zmuszania Pani do podejmowania decyzji w tak ważnym i pięknym momencie narodzin oczekiwanego dziecka.

Odpowiedzi na pytania zawarte w planie należy zaznaczać w obecności położnej lub lekarza położnika.

Chciałabym mieć przestrzeń do swobodnego poruszania się zanim zacznie się akcja porodowa:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Chcę mieć możliwość dowolnej zmiany pozycji, dla ułatwienia porodu:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Chcę mieć dostęp i możliwość przyjmowania płynów przejrzystych doustnie, przynajmniej przez pierwszy okres porodu:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Chcę mieć możliwość słuchania własnej muzyki, w celach lepszej relaksacji:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Chcę mieć zapewniony spokój, na ile to tylko możliwe:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Wolałabym ograniczyć do minimum ingerencję i badania dopochwowe:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA / LEKARZ

Chcę mieć możliwość wyboru pozycji rodzenia, z pozycją wertykalną włącznie:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Chcę, żeby zaraz po porodzie, położna położyła dziecko na moim brzuchu:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

W sytuacji kiedy zaistnieją wskazania medyczne proszę o zbadanie dziecka bezpośrednio po porodzie przez lekarza, a tym samym rezygnuję na ten czas z kontaktu skóra do skóry:

TAK NIE

W sytuacji kiedy nie będę w stanie opiekować się dzieckiem bezpośrednio po porodzie, a tym samym utrzymywać "kontakt skóra do skóry", proszę o zaopiekowanie się dzieckiem:

TAK NIE

Jeżeli będzie taka możliwość chciałabym skorzystać ze środków łagodzących ból porodowy:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Środki nefarmakologiczne (masaż, natrysk relaksujący, worek sako) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - Środki farmakologiczne (opioidy, spazmolityki) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - Gaz rozweselający | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - Znieczulenie zewnątrzoponowe | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| - Analgeza miejscowa- znieczulenie nerwów sromowych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Jeśli poród nie postępuje, zgadzam się na przerwanie błon płodowych , w celu przyspieszenia akcji porodowej:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Jeśli poród nie postępuje, zgadzam się na podłączenie kroplówki z oxytocyną - stymulacja porodu w celu przyspieszenia akcji porodowej:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Dopuszczam cięcie cesarskie tylko wtedy, jeśli okaże się absolutnie konieczne:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Jeśli lekarz zdecyduje o konieczności cesarskiego cięcia, chcę być na bieżąco o wszystkim informowana i mieć możliwość świadomego podjęcia decyzji oraz dokładnego zapoznania się z formularzem świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego, za wyjątkiem przypadków nagłych (krwotok, wypadnięta pępowina itp.)

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Nacięcia krocza, tylko wtedy kiedy okaże się to konieczne dla bezpieczeństwa dziecka:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Chciałabym sama przeciąć pępowinę (lub np. mąż, partner, osoba towarzysząca):

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Chcę, żeby dziecko było ocenione i zbadane w mojej obecności zaraz po porodzie za wyjątkiem sytuacji nagłych wymagających natychmiastowej interwencji ratującej życie mojego dziecka:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Po porodzie chciałabym chwilę prywatności:

TAK NIE W PODJĘCIU DECYZJI POMOŻE POŁOŻNA

Data

Podpis i pieczęć położnej /położnika

Podpis pacjentki

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PROPONOWANE ZABIEGI / METODY ŁAGODZENIA BÓLU

1. Kroplówka naskurczowa - wlew dożylny z Oxytocyną

Wskazania

- Pierwotnie słaba czynność skurczowa
- Indukcja porodu
- Wtórnie osłabiona czynność skurczowa

Możliwe powikłania

- Nadmierna czynność skurczowa
- Zaburzenia w czynności serca płodu

W wypadku wystąpienia powikłań kroplówka naskurczowa jest natychmiast odłączona.

***Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na kroplówkę naskurczową.

Zostałam poinformowana o konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia oraz zdrowia i życia mojego dziecka.

.....
data

.....
podpis pacjentki

2. Amniotomia - przebicie pęcherza płodowego w celu przyspieszenia akcji porodowej i szybszego ukończenia porodu oraz pobrania krwi włósniczkowej płodu.

Wskazania

- Pierwotnie słaba czynność skurczowa
- Nadmierna ilość płynu owodniowego
- Przedłużający się poród
- Badanie krwi włósniczkowej z główki płodu

Możliwe powikłania

- Wypadnięcie części drobnych i pępowiny
- Nieprawidłowa czynność skurczowa

***Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na przebicie pęcherza płodowego.

Zostałam poinformowana o konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia oraz zdrowia i życia mojego dziecka.

.....
data

.....
podpis pacjentki

3. Nacięcie krocza - nacięcie nożyczkami ściany pochwy, mięśni krocza, a także skóry w celu ochrony przed samoczynnym pęknięciem krocza i urazami główki płodu. O konieczności nacięcia krocza decyduje położna lub lekarz.

Wskazania

- Zagrożenie życia płodu, utrzymujący się dyskomfort matki w trakcie rodzenia się główki płodu.
- Zagrożenie pęknięcia w przypadku braku jego podatności, poród niedojrzałego płodu.
- Poród operacyjny (próżnościąg), pomoc ręczna w miednicowym położeniu płodu.
- Ułożenie odgięciowe główki płodu, ciąża wielopłodowa.
- Poród drogami natury dużego płodu.

Możliwe powikłania / Powikłania wczesne

- Zakażenie, ból
- Uszkodzenie ściany pochwy, zwieracza odbytu oraz odbytnicy
- Krwiaki, krwawienie.

Powikłania późne

- Dyspaurenia, Endometrioza
- Przetoki odbytniczo - pochwowe, wysiłkowe nietrzymanie moczu.

*** Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na nacięcie krocza.

Zostałam poinformowana o konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia oraz zdrowia i życia mojego dziecka.

.....
data

.....
podpis pacjentki

Domięśniowe zastosowanie opioidów

Wskazania

- Niedojrzała szyjka macicy
- Przedwczesne odpłynięcie płynu owodniowego
- Nieprawidłowa czynność skurczowa- brak postępu porodu

Możliwe powikłania

- Nieprawidłowy zapis KTG (zawężony)
- Depresja oddechowa u noworodka
- Zawroty głowy. Nudności. Senność

***Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na podanie opioidów. Zostałam poinformowana o konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia oraz zdrowia i życia mojego dziecka.

.....
data

.....
podpis pacjentki

Analgezia miejscowa - znieczulenie nerwów sromowych

Wskazania

- Poród wcześniaczy
- Nacięcie krocza
- Zmniejszenie dolegliwości związanych z II fazą porodu

Możliwe powikłania

- Zaburzenia rytmu serca
- Uczulenie na lek

***Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na zastosowanie analgezji regionalnej – znieczulenie nerwów sromowych. Zostałam poinformowana o konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia oraz zdrowia i życia mojego dziecka.

.....
data

.....
podpis pacjentki

Rozmowa z położną / Lekarzem

Prosimy aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z planowanymi zabiegami / metodami łagodzenia bólu. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanych zabiegów /metod łagodzenia bólu oraz wszystkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdej położnej lub specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa, zatrudnionego w naszym oddziale. Chętnie odpowiemy na wszelkie Pani pytania.

Zastrzeżenia pacjentki co do proponowanego zabiegu

.....
.....

Oświadczenie Pacjentki

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat proponowanych zabiegów /metod łagodzenia bólu. Znane mi są możliwe powikłania związane z tymi zabiegami / metodami łagodzenia bólu.

Podpisanie formularza przez Pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....
.....

.....
data

.....
podpis położnej / lekarza

* Podkreślić należy jedną z wybranych opcji odpowiedzi