

Imię i nazwisko pacjentki		
Termin porodu	ciąża	poród
Osoba towarzysząca przy porodzie		

- Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zmiany pozycji i korzystania z toalety w trakcie pierwszego okresu porodu

Proszę o wykonanie takich zabiegów, jak:

- golenie krocza  
 lewatywa

Proszę o omówienie ze mną metod łagodzenia bólu porodowego dostępnych w placówce oraz pomoc w wyborze najlepszej dla mnie

- prysznic  
 piłka  
 drabinki  
 ciepłe okłady  
 metody relaksacyjne  
 Nalbufina  
 znieczulenie zewnątrzoponowe  
 Blokada nerwu sromowego  
 Chciałabym mieć możliwość wyboru pozycji porodowej

- Chciałabym uniknąć nacięcia krocza, proszę o ochronę krocza.  
W przypadku wystąpienia nagłych wskazań medycznych do nacięcia krocza, proszę o poinformowanie mnie o tym
- Wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy (próżniociąg położniczy, kleszcze, ucisk od góry) lub operacyjny (cięcie cesarskie) w stanach nagłych
- Proszę, aby pępowina została przecięta przez

\_\_\_\_\_

Chciałabym aby po przecięciu pępowiny została pobrana krew pępowinowa

- pobranie prywatne  
 bank publiczny
- \_\_\_\_\_

- Proszę, aby położna tuż po porodzie położyła mi dziecko na brzuchu
  
- W przypadku dobrego stanu ogólnego dziecka chciałabym mieć możliwość kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry”- przez 2 h po porodzie
- Proszę o przeprowadzenie badania neonatologicznego po kontakcie „skóra do skóry”
- Proszę aby zważono i zmierzono moje dziecko po kontakcie „skóra do skóry”
- Jeśli konieczne będzie, by badanie dziecka odbyło się poza moim pokojem, chciałabym być przy tym obecna
  
- Planuję karmić dziecko piersią
- Nie planuję karmić piersią
- Chciałabym mieć możliwość jak najwcześniejszego przystawienia dziecka do piersi
- 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.
- Proszę nie podawać dziecku smoczka
- Wyrażam zgodę na podanie dziecku po porodzie witaminy K domięśniowo oraz wykonanie zabiegu Credego
- Wyrażam zgodę na szczepienie (zgodne z obowiązującym kalendarzem szczepień) mojego dziecka w niniejszej placówce.

---

Data i Podpis pacjentki

---

Podpis położnej prowadzącej poród

---

Podpis lekarza odpowiedzialnego za poród