Załącznik Nr 2a

Nazwisko i imię Pacjentki .....

PESEL

	Informacje i oczekiwania	Odpowiedź (X)
Osoba towarzysząca przy porodzie		
1	Chciałabym rodzic z osobą towarzyszącą *(prosimy podać imię i nazwisko)*	❑ TAK ❑ NIE
2	Wyrażam zgodę na obecność studentów w czasie porodu	❑ TAK ❑ NIE
Po porodzie dziecka przez cięcie cesarskie		
1	Proszę o przekazanie dziecka do kontaktu „skóra do skóry" w jak najkrótszym czasie od wydobycia, jeśli stan zdrowia dziecka będzie na to pozwalał	❑ TAK ❑ NIE
2	Chciałabym aby dziecko rozpoczęło kontakt „skóra do skóry" z osobą towarzyszącą mi, najwcześniej jak to możliwe po wydobyciu.	❑ TAK ❑ NIE
3	Proszę o okrycie noworodka pieluszkami przyniesionymi przeze mnie z domu.	❑ TAK ❑ NIE
Na oddziale położniczym		
1	Zależy mi na 2 godzinnym, nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry".	❑ TAK ❑ NIE
2	Chciałabym, aby badania noworodka i ewentualnie zabiegi odbywały się w obecności mojej lub ojca dziecka	❑ TAK ❑ NIE
3	Proszę o możliwość konsultacji z psychologiem zatrudnionym w szpitalu.	❑ TAK ❑ NIE
4	Zakładając, że ja i dziecko będziemy czuć się dobrze, chciałabym wyjść d domu jak najszybciej jest to możliwe.	❑ TAK ❑ NIE
Karmienie noworodka		
1	Chciałabym karmić piersią	❑ TAK ❑ NIE
2	Nie wyrażam zgody na dokarmianie mojego dziecka mlekiem modyfikowanym *(jeśli pojawią się wskazania chciałabym mieć możliwość konsultacji z doradcą laktacyjnym lub neonatologiem).*	❑ TAK ❑ NIE
3	Chciałabym karmić mlekiem modyfikowanym, proszę o farmakologiczne hamowanie laktacji oraz udostępnienie mi mleka modyfikowanego celem karmienia dziecka. Jednocześnie oświadczam,że znane mi są wszelkie korzyści płynące z karmienia piersią zarówno dla matki jak i dziecka.	❑ TAK ❑ NIE
4	Chciałabym karmić mlekiem kobiecym, które będę odciągać laktatorem	❑ TAK ❑ NIE
5	Proszę o konsultacje z doradcą laktacyjnym	❑ TAK ❑ NIE

Dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

Oświadczam, że powyższy plan porodu jest listą moich preferencji.
Jestem świadoma, ze powyższe stwierdzenia mogą być modyfikowane adekwatnie do aktualnej sytuacji położniczej oraz stanu noworodka, a także ze względów organizacyjnych.

[ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] r. godz [ ][ ] [ ][ ] ....

Data, godzina *czytelny podpis ciężarnej/rodzącej* *pieczątka i podpis położnej*

Niniejsza procedura jest własnością Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świdnicy.
Zabrania się jej kopiowania i rozpowszechniania bez zgody Dyrektora