

Imię i nazwisko:

Imię i nazwisko osoby towarzyszącej:

.....

Osoby, które będą mi towarzyszyć:

- ☐ mąż / partner
- ☐ doula
- ☐ mama / teściowa / przyjaciółka / siostra
- ☐ chcę rodzić sama

Kontakt do naszego Oddziału Położniczo -
Ginekologicznego:

Położne: ☎ 32-624-71-84

Lekarze: ☎ 32-624-71-81

Sekretariat: ☎ 32-624-71-89

Pacjencie, czy znasz swoje prawa?



Pamiętaj, jako pacjent masz prawo do:

- Świadczeń zdrowotnych
- Informacji o swoim stanie zdrowia
- Tajemnicy informacji z Tobą związanych
- Wyrażenia zgody lub jej odmowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych
- Poszanowania intymności i godności
- Poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
- Opieki duszpasterskiej
- Przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie
- Dostępu do dokumentacji medycznej
- Zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza
- Zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Jeśli Twoje prawa zostały
naruszone zadzwoń:

Telefoniczna Informacja Pacjenta
800-190-590

Rzecznik Praw Pacjenta
ul. Młynarska 46
01-171 Warszawa
kancelaria@rpp.gov.pl; www.rpp.gov.pl



Szpital Powiatowy w Chrzanowie

ul. Topolowa 16
32-500 Chrzanów

Telefony - centrala: 32 624 77 77

Fax: 32 623 94 28

Adres e-mail: sekretariat@szpital-chrzanow.pl

<http://szpital-chrzanow.pl/>



SZPITAL
POWIATOWY
W CHRZANOWIE

Plan Porodu



☐ Chcę, aby osoba towarzysząca uczestniczyła w całym porodzie / tylko w I okresie porodu / tylko po 2h po porodzie (zakreśl odpowiednie)

☐ Chcę, aby osoba towarzysząca otrzymywała na bieżąco wszelkie informacje na temat przebiegu porodu

☐ Chcę, aby osoba towarzysząca wychodziła z Sali na czas badania wewnętrznego

☐ Chcę ograniczyć do minimum ilość osób na Sali Porodowej

☐ Wyrażam / Nie wyrażam zgody na obecność studentek i studentów

PRZED PORODEM

☐ Chcę / Nie chcę mieć wykonaną lewatywę (zakreśl odpowiednie)

☐ Wyrażam zgodę na założenie wkłucia obwodowego przy przyjęciu do szpitala

KOMUNIKACJA

☐ Proszę o zwracanie się do mnie po imieniu

☐ Proszę o pełną informację na temat przebiegu i postępu porodu oraz planowanych interwencji

☐ Proszę o wyjaśnienie plusów i minusów proponowanych interwencji

☐ Proszę o używanie prostego i zrozumiałego języka

☐ Proszę o czas na zastanowienie się i przedyskutowanie na osobności moich wyborów z mężem / partnerem

PORÓD

☐ Zależy mi na naturalnym przebiegu porodu, chciałabym ograniczyć interwencje medyczne do minimum

☐ Proszę o pytanie mnie o zgodę na wszelkie wykonywane przy mnie czynności

☐ Nie ma nic przeciwko interwencjom medycznym, jeśli personel uzna je za korzystne w przebiegu porodu

MÓJ PLAN PORODU

☐ Zgadzam się na przebicie pęcherza płodowego, podanie oksycytyny i innych leków po uprzednim wytłumaczeniu mi konieczności takiego postępowania

☐ Chcę jeść i pić w trakcie porodu

☐ Chcę mieć poruszania się w trakcie porodu

☐ Proszę, aby badanie przez pochwę wykonywane było przez jedną osobę w sytuacji konieczne lub gdy o to poproszę

ŁAGODZENIE BÓLU PORODOWEGO

☐ W pierwszej kolejności chciałabym korzystać z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, jestem otwarta na:

☐ aromaterapia

☐ szal Rebozo

☐ TENS

☐ ostrzykiwanie czworoboku Michaelisa sterylną wodą

☐ masaż

☐ piłka

☐ ucisk na kości miednicy

☐ pozycje wertykalne

☐ immersja wodna

☐ ruch

☐ ciepłe / zimne okłady

☐ Chcę mieć wolność wyboru pozycji i stosować ruch w I i II okresie porodu, również w czasie ciągłego monitorowania tętna płodu

☐ Chcę skorzystać ze znieczulenia zewnątrzoponowego lub dożylnego podania opioidów jeśli będzie to możliwe

☐ Nie zgadzam się na podawanie opioidów w trakcie porodu

☐ Chcę korzystać z gazu rozweselającego

II OKRES PORODU

☐ Chcę rodzić w takiej pozycji, jaką podpowiada mi ciało

☐ Niezgodny z moją wizją jest poród na plecach z przygiętymi nogami

☐ Zależy mi na ochronie krocza

☐ Wyrażam zgodę na nacięcie krocza tylko w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia dziecka

☐ Proszę o nacięcie krocza

☐ Chcę przeć spontanicznie, zgodnie z tym, jak podpowiada mi instynkt

☐ Proszę o instrukcje w trakcie parcia

III OKRES PORODU

☐ Proszę o zaciśnięcie pępowiny dopiero po ustaniu jej tętnienia, jeśli stan dziecka na to pozwala

☐ Proszę, by osoba która mi towarzyszy, mogła przeciąć pępowinę

☐ Chcę sama przeciąć pępowinę

☐ Wyrażam zgodę na podanie oksycytyny w III okresie porodu

IV OKRES PORODU

☐ Chcę by dziecko bezpośrednio po urodzeniu zostało położone na moim brzuchu

☐ Jeśli moje dziecko urodzi się w dobrym stanie, chcę, aby kontakt skóra do skóry trwał nieprzerwanie przynajmniej przez 2h

☐ Chciałabym, aby zważono i zmierzono moje dziecko dopiero po upływie 2h

☐ Jeśli stan dziecka na to pozwala, proszę o wykonanie pierwszego badania na moim brzuchu

☐ Chcę przystawić dziecko do piersi tak szybko jak to możliwe po porodzie

☐ Nie chcę karmić piersią

CIĘCIE CESARSKIE

☐ Chcę uniknąć porodu drogą cięcia cesarskiego

☐ W przypadku, jeśli operacja będzie konieczna, chciałabym, aby mój partner / mąż mógł kangurować dziecko tak szybko jak to będzie możliwe

☐ Proszę, abym po operacji mogła kangurować dziecko „skóra do skóry”.

DODATKOWE PROŚBY

.....
Podpis Pacjentki