PLANO DE PARTO

Gostaria que me chamassem de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O provável nome do meu/minha bebê é: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desejo que me acompanhe durante a internação na Maternidade ( Lei Federal 11.108/2005)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desejo conhecer a maternidade agendar visita no tel: 34554333

“Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferencias em relação ao parto e nascimento, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, devemos ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas”.

**DURANTE O TRABALHO DE PARTO:**

( ) Desejo ter liberdade para beber água e ingerir alimentos conforme as fases do trabalho de parto e eu solicitar;

( ) Desejo um ambiente acolhedor, com poucos luzes e ruídos. Gostaria de poder colocar uma musica de minha escolha;

( ) Desejo respeito a minha privacidade, sem exposição desnecessária;

( ) Quero poder me movimentar livremente e adotar a posição que me sentir confortável;

( ) Gostaria que fossem oferecidas opções não medicamentosa, para alivio da dor disponíveis na maternidade, e que eu posso escolher no momento, o método que me sentir confortável.

Ex: chuveiro, banheiro, bola obstétrica, massagem, cromoterapia, musicoterapia e óleos essenciais.

( ) Peço que seja orientada quanto as opções de analgesia disponível e eu solicitarei quando achar necessário.

**NA HORA DO PARTO/NASCIMENTO:**

( ) Quero escolher a posição mais confortável para mim;

( ) Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;

( ) Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora, com luzes baixas e apenas com os profissionais indispensáveis no local;

( ) Gostaria que se for necessário intervenção obstétrica, que este seja orientado e com indicação;

( ) Caso seja necessário realizar cirurgia cesariana devido a alguma indicação clínica, solicito que seja informada as razões;

( ) Gostaria de ter meu bebê colocado imediatamente no meu colo, após o parto em contato pele a pele, com liberdade para amamentar, se estivermos em condições;

( ) Gostaria de orientação e auxilio quanto aos sinais que meu bebê deseja ser amamentado, bem como se esta pegando meu seio, e se esta na posição correta .

( ) Gostaria que o clampeamento de cordão umbilical fosse feito em tempo oportuno, se possível, que meu/minha acompanhante realizasse o corte;

( ) Caso ocorra alguma laceração e seja necessário realizar suturas, que seja realizado anestesia local;

( ) Gostaria de ir para o alojamento conjunto assim que estiver em condições;

**CASO A CESAREA SEJA NECESSÁRIA:**

( ) Quero o inicio do trabalho de parto antes de se resolver pela cesarea;

( ) Quero a presença do/a, eu/minha acompanhante na sala de cirurgia;

( ) Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidos;

( ) Gostaria que o clampeamento de cordão umbilical fosse feito em tempo oportuno;

( ) Após o nascimento gostaria que colocassem o bebê assim que possível, sobre meu peito no contato pele a pele, com liberdade para amamentar, se estivermos em condições;

( ) Quero que meu bebê e meu/minha acompanhante esteja comigo na recuperação cirurgica;

( ) Gostaria de ir para o alojamento conjunto assim que estiver em condições;

**CUIDADOS COM O BEBÊ:**

( ) Desejo que os cuidados com o bebê, aconteçam após a primeira hora de vida (hora dourada);

( ) Se possível, quero ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto ( leito PPP, pré parto – parto – pós parto ), mesmo para exames e avaliação;

( ) Desejo que seja informada sobre qualquer conduta adotada com o meu bebê;

( ) Desejo realizar a amamentação de livre demanda para o bebê e receber auxilio e orientações necessárias;

( ) Gostaria que Vacina da hepatite B e vitamina k, sejam realizados em meu colo e de preferencia durante o aleitamento (mamanalgesia);

( ) Desejo que o primeiro banho no meu bebê seja ofertado após 24 horas de vida;

( ) Quero ficar com o meu bebê no alojamento conjunto o tempo todo;

**EXISTE ALGO QUE GOSTARIA QUE SOUBESSEM DE NÓS ( COLOCAR AQUI QUESTÕES IMPORTANTES: CULTURAIS, DESEJOS, MEDOS OU PREOCUPAÇÕES, DOENÇAS, RESTRIÇÕES OU DEFICIÊNCIAS QUE VOÇÊ POSSUA)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_