



PLAN DE TRAVALIU SI NASTERE

Acest document este un instrument de comunicare prevazut in protocolul standard de comunicare dintre Isis Hospital si dumneavoastra, fara nici un fel de implicatii medico-legale pentru niciuna dintre parti. Scopul sau este de a va oferi posibilitatea sa formalizati optiunile pentru modul de desfasurare al nasterii in conditiile in care nasterea decurge normal si nu apar complicatii (notiunea de complicatie este relativa fiind evaluata de catre personalul medical abilitat). Documentul de fata indeplineste functia de interfata intre dumneavoastra si personalul medical al Isis Hospital , urmarind o mediere a expectantelor dumneavoastra si a prevederilor stabilite in protocolul medical utilizat de catre Isis Hospital.

Toate persoanele care se vor ocupa de dumneavoastra si de nou-nascut doresc ca procesul travaliului si al nasterii sa se desfasoare in acord cu asteptarile si dorintele dumneavoastra. Pentru aceasta isi vor da toata silinta si profesionalismul. In cazul in care personalul medical abilitat apreciaza ca situatia medicala nu permite respectarea optiunilor manifestate de dumneavoastra, folosirea altor proceduri si tehnici se va face pentru respectarea calitatii actului medical si a sigurantei mamei si copilului, dupa informarea prealabila a parintilor.

Modul de completare:

- Bifati optiunile care fac parte din planul dumneavoastra de travaliu si nastere si completati unde este necesar.
- Se pot bifa negativ sau pozitiv mai multe optiuni in functie de decizia dumneavoastra de a accepta sau respinge mai multe tipuri de gestiune a travaliului si nasterii.
- Discutati acest plan de nastere cu medical care va urmareste sarcina cu ocazia vizitelor din ultimul trimestru de sarcina si inmanati-l medicului sau asistentei in momentul internarii.

Date personale

Numele si Prenumele: _____ Varsta: _____
ani
Numele medicului obstetrician care va asista nasterea:

Insoțirea pe perioada travaliului si a nasterii

	DA	NU
Doresc sa fiu insotita pe perioada travaliului <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Numele persoanei insotitoare:		
Doresc sa fiu insotita si pe perioada nasterii (expulziei) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Spatiul fizic si confortul

	DA	NU
Imi petrec travaliul in salonul individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imi petrec travaliul in sala de nasteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folosesc hainele care mi se dau din spital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doresc sa fiu informata in permanenta despre detaliile medicale privind progresia travaliului si a nasterii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doresc ca pe parcursul travaliului sa mi se explice optiunile pe care le am si sa iau decizii informate cu ajutorul cadrelor medicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doresc inregistrarea video a nasterii de catre insotitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doresc alegerea unui fond muzical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doresc reglarea intensitatii luminii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Doresc pastrarea linistii (comunicarea in soapta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doresc sa consum lichide/ alimente usoare in perioada de dilatatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestionarea durerii in travaliu	DA	NU
Exercitii de respiratie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masaj <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Miscare libera (plimbare, utilizarea mingii de travaliu, schimbarea pozitiei) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vocalizare <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hidroterapie (baie, dus, jacuzii) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Inductie hipnotica <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Aplicare comprese calde/reci) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Homeopatie) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Aromaterapie) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Doresc sa folosesc materiale proprii de sprijin pentru nastere (mingi, oglinzi, corzi, perne, etc.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Proceduri medicale legate de perioada de dilatatie	DA	NU
Efectuarea clisei medica <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Monitorizarea fetala continua (impune imobilizarea la pat) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Monitorizare fetala intermitenta (cu libertatea de miscare) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Utilizarea gelurilor vaginale (Dianatal Gel) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Administrarea medicamentelor pentru dirijarea travaliului (ocitocona) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Administrarea calmantelor, antispasticelor pe perioada travaliului <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Anestezie epidurala (impune monitorizare fetala aproape continua) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ruperea artificial a membranelor dupa acordarea consimtamantului <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Proceduri medicale legate de perioada de expulzie	DA	NU
Nastere subacvatica <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nastere pe masa ginecologica <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



Nastere in pozitii gravitationale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
Expulzie prin impingere spontana (la nevoie)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
Expulzie asistata prin manevre manuale pe abdomen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
Efectuarea epiziotomiei pentru facilitarea expulziei nou - nascutului	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
Pensarea cordonului ombilical dupa incetarea pulsatiilor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
Taierea cordonului ombilical de catre partener	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
Recoltarea de celule stem	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
Expulzia placentei in mod natural, neasistat pe perioada de maxim 30 min de la momentul expulziei fatului	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
Nesuturarea fisurii minore	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

Gestionarea nou-nascutului in maternitate	DA	NU
Plasarea nou – nascutului in contact piele pe piele imediat dupa expulzie inainte de taierea cordonului ombilical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plasarea nou nascutului in contact piele pe piele imediat dupa ingrijirile neonatal acordate (aspirare secretii, masurare,cantarire,evaluare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrarea vitaminei K injectabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectuarea imunizarilor nou – nascutului	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
▪ vaccinare AHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
▪ vaccinare BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
Alimentatia exclusiva la san a nou nascutului	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
Folosirea laptelui praf pentru alimentatia noua nascutului	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
Folosirea biberoanelor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
Folosirea seringilor pentru alimentatia nou - nascutului	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
Toaletarea zilnica a nou – nascutului efectuata de catre cadrele medicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
Toaletarea zilnica a nou – nascutului efectuata de catre parinti in colaborare cu cadrele medicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
Infasarea nou- nascutului pe perioada spitalizarii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		





Imbracarea cu haine proprii a nou-nascutului pe perioada spitalizarii (parintii isi asuma responsabilitatea

-
-

pentru utilizarea in conditii de igiena si siguranta din punct de vedere alergenica a obiectelor personale)

Alte cerinte specifice

Data:.....

Semnatura:.....

