

Polska Grupa Medyczna Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Armii Krajowej 18 ; 30 – 150 Kraków
KR : 000000014423 / NIP : 277603637 / REGON : 6312327091
Oddział Ginekologii i Położnictwa z pododdziałem Neonatologii – 42 – 290 Blachownia ; ul. Sosnowa 16
Kod res. V: 07 ; Kod res. VII: 040 ; Kod res. VIII: 4450 ; Nr umowy:123/210439 ; tel.: 34 327 91 75 wew. 214

ANKIETA

Imię i nazwisko pacjentki :

Adres zamieszkania :

Telefon kontaktowy :

Oczekiwania i nadzieje podczas porodu	TAK	NIE
Proszę weźcie pod uwagę, że oczekuje jak najbardziej naturalnego porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poród - etap 1 i 2		
Oczekuję, że lekarz i personel medyczny będzie informował mnie o wszystkich procedurach zanim one nastąpią	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym mieć swobodę ruchu, możliwość chodzenia, zmiany pozycji, użycia szpitalnego sprzętu (piłki, worka sacco oraz wolnego korzystania z prysznica lub toalety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wolałabym nosić swoje własne ubrania, zamiast szpitalnych ubrań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wolałabym mieć możliwość jedzenia i picia podczas porodu, jeśli taką poczuję potrzebę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aby zachować swobodę ruchu nie chciałabym mieć podanych kroplówek jeśli nie ma ku temu wskazań medycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym, aby w pokoju porodowym panował spokój, światła były przygaszone i aby przeszkadzano mi jak najmniej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym móc puszczać swoją własną muzykę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jak długo dziecko czuje się dobrze nie chciałabym być podłączona do monitorów cały czas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę o możliwość wydawania z siebie dźwięków, bez komentarzy czy krytyki ze strony personelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę aby w czasie mojego porodu na Sali nie byli obecni niepotrzebni ludzie tacy jak studenci, praktykanci bez mojej wyraźnej zgody	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do zachowania mojej prywatności proszę aby wszyscy pukali zanim wejdą do pokoju porodowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wywołanie porodu		
Chciałabym uniknąć wywołania porodu chyba, że będzie to medycznie konieczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zanim zostanie podana mi oksytocyna prosiłabym o możliwość wywołania porodu drogami naturalnymi (chodzenie, stymulacja brodawek sutkowych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli wywołanie / przyspieszenie będzie konieczne prosiłabym o metody nieinwazyjne jak żele przed podaniem oksytocyny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestezja / środki przeciwbólowe		
Proszę nie proponować mi anestezji podczas porodu, ewentualnie gdy o nią poproszę osobiście	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli poproszę o uśmierzanie bólu proszę poinformować mnie o etapie porodu w jakim się znajduję i przewidywanego czasu zakończenia, co może zmienić moje złe samopoczucie w danej chwili (7-8 cm rozwarcia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli poproszę o znieczulenie proszę czujcie się wolnymi w zaproponowaniu mi naturalnych dróg uśmierzania bólu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli będziemy rozważać ulgę w bólu, wolałabym wypróbować narkotyk w miejsce znieczulenia miejscowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trudny poród / cesarskie cięcie		
Czuję, że chciałabym uniknąć cesarskiego cięcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W czasie trudności porodowych rozważam użycie systemu ssącego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli cesarskie cięcie będzie koniecznością oczekuję być w pełni świadoma wszystkich ewentualności i zagrożeń oraz uczestniczyć w podejmowaniu decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli moja kondycja pozwoli chciałabym być pierwszą osobą, która będzie trzymała moje nowonarodzone dziecko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli będzie to możliwe chciałabym rozpocząć karmienie piersią zaraz po porodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prosiłabym, aby nasze prośby były przestrzegane w czasie trwania i po operacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Opieka medyczna w czasie porodu</u>		
Chciałabym uniknąć nacięcia krocza, chyba że wystąpi ku temu wyraźne medyczne wskazanie, wyraźnie wcześniej ze mną przedyskutowane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aby pomóc mojej pochwie się rozciągnąć w prawidłowy i naturalny sposób proszę informować mnie kiedy powinnam wykonać parcie a kiedy przestać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wolałabym, aby moje krocze popękalo, niż zostać nacięte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W czasie naprawiania mojego krocza proszę o użycie anestezji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Poród etap 3</u>		
Nawet jeśli szyjka macicy jest w pełni rozwarta, a dziecko nie przeżywa stresu chciałabym poczekać, aż poczuję potrzebę parcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym mieć możliwość parcia w dowolnie wybranej przeze mnie pozycji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym mieć możliwość dotknięcia głowy mojego dziecka w czasie porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym mieć możliwie spokojną atmosferę w czasie porodu (przygaszone światło, brak krzyków)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chciałabym dotknąć moje dziecko w czasie porodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Po porodzie</u>		
Proszę umieścić dziecko na moim brzuchu, od razu po porodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chcę mieć możliwość karmienia piersią zaraz po urodzeniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mój mąż chciałby mieć możliwość przecięcia pępowiny naszego dziecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę o usunięcie wszelkich kroplówek od razu, jak to tylko możliwe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Opieka nad noworodkiem</u>		
Chciałabym trzymać moje dziecko - skóra przy skórze przez pierwsze godziny po porodzie by ustabilizować jego temperaturę ciała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli to możliwe proszę o wytarcie dziecka na moim brzuchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli dziecko musi być przekazane do specjalnego pomieszczenia proszę, aby mój mąż mógł towarzyszyć dziecku przez cały czas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wolałabym wykąpać moje dziecko osobiście wraz z mężem w intymnej atmosferze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli to możliwe proszę opóźnić podanie antybiotyku na oczy do czasu nawiązania więzi pomiędzy mną a dzieckiem (kilka godzin po porodzie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli ja i dziecko będziemy zdrowi chciałabym opuścić szpital najszybciej jak to możliwe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Karmienie</u>		
Chciałabym rozpocząć karmienie piersią zaraz po porodzie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W czasie pobytu w szpitalu chciałabym spotkać się z personelem, który nauczy mnie karmienia piersią	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę absolutnie nie podawać mojemu dziecku żadnych suplementów (formuły, glukozy, czystej wody)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli nie będę miała pokarmu proszę absolutnie nie podawać mojemu dziecku suplementów bez uzgodnienia tego ze mną wcześniej oraz pomocy przy karmieniu naturalnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proszę nie podawać mojemu dziecku smoczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
(data i podpis pacjentki)