

Meu Plano de Parto



Instruções de Preenchimento e Envio

Este documento é editável, podendo ser preenchido diretamente no computador ou impresso e preenchido à mão.

Se optar pelo preenchimento digital, não se esqueça de salvar o arquivo após concluir.

Após o preenchimento, é necessário imprimir o documento, assinar à mão, digitalizar e enviar para o e-mail: adm.blocosoperatorios@itamed.com.br

Observação: a assinatura deve ser feita à mão, independentemente de o documento ter sido preenchido digitalmente ou manualmente.

Prezada gestante, gostaríamos de conhecer melhor o que você está pensando ou planejando para o nascimento do seu bebê. Por isso, indique entre as ideias abaixo aquilo que é importante pra você.

Entenda que não é uma lista de obrigações ou permissões para a equipe que a atenderá no nascimento do seu bebê, mas permitirá que os envolvidos conheçam seus desejos, escolhas e prioridades.

Conhecendo o que você espera, teremos chance de ajudá-la a passar pela melhor experiência possível.

Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listo minhas preferências em relação ao parto/cesariana e nascimento do meu filho (a). Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, sempre de acordo com a melhor técnica disponível para garantir minha segurança e do meu bebê, mas gostaria de ser avisada.

Quero que seja meu acompanhante:

Data Provável do Parto: ____/____/____

Médico Obstetra:

Doula:

Durante o trabalho de parto

01 Sobre o ambiente:

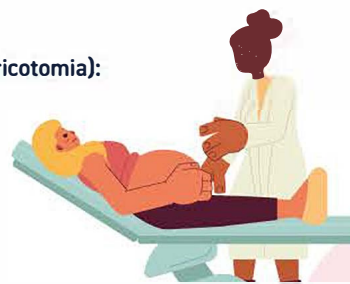
Luzes: Gostaria que meu quarto estivesse com uma luz mais moderada.

Música: Gostaria de ouvir uma música tranquila da minha preferência.

Temperatura: Agradável e que seja desligado o ar quando meu bebê nascer.

02 Sobre a raspagem de pelos (tricotomia):

SIM
NÃO
Indiferente



03 Liberdade para consumir alimentos leves, água e sucos:

SIM
NÃO
Indiferente



04 Liberdade para caminhar, me movimentar:

SIM
NÃO
Indiferente

05 Sobre os métodos de alívio da dor:

· Apenas uso de métodos não farmacológicos (bola, banho, massagem):

SIM
NÃO
Indiferente

· Gostaria de analgesia obstétrica:

SIM
NÃO
Indiferente

06 Infusão de ocitocina para condução das contrações (conforme orientação do(a) obstetra):

SIM
NÃO

07 Rompimento artificial da bolsa (conforme orientação do(a) obstetra):

SIM
NÃO

08 Monitoramento fetal contínuo:

SIM

Verificação de sinais vitais, apenas quando necessário e com meu consentimento. Desejo o monitoramento fetal apenas essencial e não contínuo.

Indiferente

09 Caso seja necessária a indução de parto:

Indução medicamentosa, conforme orientação médica.

Indução mecânica, conforme orientação médica.

Não gostaria de ter o parto induzido, preferindo ir a cesárea.

Indiferente.



- 10 Toque vaginal: Recomendado pela OMS de 4 em 4 horas.**
SIM
Apenas quando necessário.
Indiferente

Durante o parto

- 11 Posição no Parto:**
Acho que vou preferir ficar na seguinte posição: _____ (lembrando que a avaliação obstétrica será consentida juntamente à paciente).
Prefiro ver como me sentirei na hora.
Não tenho posição de preferência.

- 12 Forças na hora do nascimento:**
Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada.
Gostaria que me orientassem como fazer força na hora.

- 13 Episiotomia:**
Prefiro que não seja realizada, somente se necessário.
Quero ser comunicada.
Não tenho nenhuma oposição à episiotomia.
Indiferente.

Caso a cesariana seja necessária

- 14 Campo cirúrgico:**
Prefiro que o pano/campo cirúrgico fosse baixado para que eu possa ver o bebê.
Prefiro NÃO ver as partes cirúrgicas do nascimento, e que o bebê somente seja mostrado para mim após ser entregue ao pediatra.

- 15 Luminosidade da sala durante o parto**
Prefiro luz normal
Prefiro luz apagada
* O foco cirúrgico para a visão do médico não pode ser desligado.



Após o parto normal ou cesariana

- 16 Assim que nascer o bebê fazer contato pele a pele, se estiver tudo bem com o bebê:**
SIM
NÃO
Prefiro ver como me sinto no momento.

- 17 Gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora:**
SIM
NÃO
Prefiro ver como me sinto no momento.

- 18 Gostaria de ficar o máximo possível com o bebê no colo, sem interrupções (respeitando a rotina hospitalar):**
SIM
NÃO
Indiferente.



Cuidados com o bebê

- 19 Higiene:**
Gostaria que fosse feita conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível)
Indiferente.

- 20 Aplicação de Vitamina K:**
Gostaria que fossem feitas enquanto o bebê está no contato pele a pele ou sugando.
Indiferente.

- 21 Aplicação de Colírio de Iodopovidona 2,5%:**
Gostaria que fossem feitas enquanto o bebê está no contato pele a pele ou sugando.
Indiferente.
Outra: _____

- 22 Aplicação de Vacina:**
Gostaria que fossem feitas enquanto o bebê está no contato pele a pele ou sugando.
Indiferente.
Outra: _____



- 23 Medidas Antropométricas (Peso / Medidas):**
Ciente que são feitas conforme rotina institucional.

- 24 Amamentação: Gostaria de auxílio mesmo que seja necessário manipulação nos seios**
SIM
NÃO
Indiferente

Além de tudo que assinalei acima, gostaria de registrar as seguintes observações e detalhes:

Por fim, gostaria de agradecer a atenção e a ajuda de todos em tornar seguro e especial esse momento tão importante. Confio na competência da equipe obstétrica e na sua intenção de seguir esse Plano de Parto dentro do possível.

Assinatura da paciente



Importante: Toda conduta tomada pela Equipe médica é respaldada em literatura médica científica e nenhuma ação será realizada sem previa comunicação a parturiente e seu acompanhante, além do seu consentimento, salvo em caso de risco iminente de vida para a mãe ou o bebê.