**Plano de Parto**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(gestante) (acompanhante) (bebê)

1. **Nossa filosofia para o nascimento**

O plano de parto expressa nossos desejos e preferências para o nascimento do nosso bebê. Nós nos informamos antes de fazer as escolhas abaixo, e entendemos que há situações onde nossas escolhas podem não ser possíveis. Nestas circunstâncias:

| ( ) O obstetra pode **tomar** as decisões necessárias para a saúde e segurança da mãe e do bebê | ( ) Queremos que o obstetra discuta conosco qu**alquer procedimento ou medicação** antes da administração e que nos seja dada a chance de escolher após consentimento informado. |
| --- | --- |

1. **Local do nascimento: Maternidades 1° opção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **2° opção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Situações especiais**

( ) Tenho uma cesareana anterior

( ) Tenho diabetes gestacional

( ) Tenho pré-eclampsia

( ) Tenho Rh negativo

( ) Tenho cultura positiva para Streptococos B

( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **O ambiente**

**Gostaria que estas pessoas estivessem comigo:**

|  |  **Durante o trabalho de parto** | **No momento do nascimento**  |
| --- | --- | --- |
| Meu parceiro |  |  |
| Minha família |  |  |
| Minha doula/enfa. |  |  |
| Outra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**Detalhes especiais que eu gostaria de ter durante meu trabalho de parto:**

| ( ) Pouca luminosidade | ( ) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| --- | --- |
| ( ) Pouca interferência | ( ) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ( ) Pouco barulho | ( ) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Música que desejo ouvir durante meu trabalho de parto**

( ) Será levada pelo casal

( ) Música oferecida na maternidade

( ) Não quero música

1. **A experiência do nascimento**

**Esperamos ter:**

| ( ) Parto vaginal | ( ) Parto Vagina após Cesareana |
| --- | --- |
| ( ) Cesareana |  ( ) Parto na banheira (água) |
|  |  |

**Eu prefiro:**

( ) Que meu parceiro não seja separado de mim em nenhum momento do trabalho de parto

( ) Ter poucos exames vaginais

( ) Comer durante o trabalho de parto

( ) Beber durante o trabalho de parto

( ) Não ter meu trabalho de parto acelerado desde que eu e meu bebê estejamos bem

( ) Que a rotura das membranas aconteça naturalmente

**Se meu trabalho de parto tiver que ser induzido ou acelerado, eu prefiro:**

( ) Métodos naturais (massagens, acupuntura, homeopatia)

( ) Descolamento de membranas

( ) prostaglandinas vaginal

( ) Ocitocina

( ) Rotura de membranas

**Eu gostaria de passar o primeiro estágio do trabalho de parto:**

( ) Dentro de uma banheira com água morna

( ) Em baixo do chuveiro

( ) Deitada

( ) Caminhando

( ) De pé

( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eu não quero ser submetida a:**

| ( ) Enema (“lavagem” do intestino) | ( ) Depilação da área púbica |
| --- | --- |
| ( ) Acesso venoso | ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Eu gostaria de receber medicação para alívio da dor:**

( ) Assim que possível

( ) Se eu parecer desconfortável

( ) Apenas se eu solicitar. Por favor, não me ofereça analgesia.

**Pretendo usar os seguintes métodos para alívio da dor:**

| ( ) Técnicas de respiração | ( ) Chuveiro |
| --- | --- |
| ( ) Meditação  | ( ) Tens  |
| ( ) banheira | ( ) Massagem |
| ( ) Acupuntura | ( ) Walking analgesia |
|  | ( ) Decidirei no momento do parto |
| ( ) Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**V- O nascimento (período expulsivo)**

**Quando estiver tendo os “puxos”, gostaria de estar na seguinte posição:**

| ( ) Deitada em cama ginecológica | ( ) Deitada de lado |
| --- | --- |
| ( ) De cócoras |  |
| ( ) De Gasking (de quatro) | ( ) Sentada no banco de parto |
| ( ) Semi-sentada em cama ginecológica | ( ) De cócoras com apoio |
| ( ) De pé | ( ) Decidirei na hora |
| ( ) Outra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Eu ainda gostaria de:**

( ) Empurrar o bebê apenas quando eu sentir necessidade (Puxo espontâneo)

( ) Empurrar quando direcionada pelo obstetra ou acompanhante

( ) Receber analgesia farmacológica antes do início do período expulsivo

( ) Receber nova dose de analgesia durante o período expulsivo se solicitar dor neste momento

( ) Ver o nascimento por um espelho

( ) Tocar a cabeça do meu bebê assim que ela coroar

( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sobre a episiotomia:**

( ) Usar massagem perineal, compressas mornas e posicionamento primeiro

( ) Eu prefiro o risco de uma laceração do que ter uma episiotomia

( ) Eu prefiro uma episiotomia a uma laceração

( ) Desejo ter uma episiotomia como último recurso

 ( ) Desejo ter uma episiotomia se o obstetra achar necessário

**Pode ser necessário um parto vaginal assistido, com uso de instrumental:**

Fórceps x Vácuo extrator

**Se uma cesareana for necessária:**

( ) Eu gostaria de estar consciente durante o procedimento

( ) Gostaria de ter meu parceiro comigo durante todo tempo

( ) Gostaria de ter o campo abaixado de maneira que possa ver o bebê saindo

( ) Gostaria de tocar meu bebê, por favor deixem minhas mãos livres

( ) Por favor explique a cirurgia para mim enquanto ela acontece

( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI- Depois do nascimento**

**O cordão umbilical**

( ) Meu parceiro gostaria de cortá-lo

( ) Espere até que o cordão pare de pulsar para cortá-lo

( ) O sangue de cordão será colhido pela empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Entrar em

 contato com \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pelo telefone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**A placenta:**

( ) Gostaria de ver a placenta depois que ela saísse

( ) Não gostaria de ver a placenta depois que ela saísse

**Gostaria de segurar meu bebê:**

( ) Imediatamente após o nascimento, por favor coloque meu bebê em meu abdôme

( ) Depois de ser aspirado

( ) Depois de ser pesado

( ) Depois de ser limpo e enrolado

( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gostaria amamentar:**

( ) Imediatamente após o nascimento

( ) Depois o bebê ser limpo e enrolado

( ) Mais tarde

( ) Em momento algum

**Sobre visitas após o nascimento**

**Procedimentos com o recém-nascido *(a combinar com equipe da pediatria)***

( ) Gostaria que o primeiro exame médico seja feito em minha presença

( ) Gostaria que o primeiro exame médico seja feito apenas depois de já termos estabelecido um

 vínculo mãe-bebê

( ) Não é necessário que eu assista o primeiro exame

( ) Meu parceiro deseja assistir o primeiro exame

( ) Desejo que meu bebê receba colírio

( ) Desejo que meu bebê receba vitamina K intramuscular

**VII- Primeiras horas**

**Primeiro banho do meu bebê *(a combinar com equipe da pediatria)***

( ) Eu gostaria de estar presente

( ) Eu não faço questão de estar presente

( ) Meu parceiro gostaria de estar presente

( ) Eu prefiro que o primeiro banho seja dado por mim

**Amamentação**

( ) Planejo amamentar exclusivamente

( ) Planejo usar fórmula láctea

( ) Planejo amamentar e complementar com fórmula

( ) Planejo amamentar em livre demanda

( ) Planejo amamentar com horário predeterminado

( ) Gostaria de receber um especialista em lactação na maternidade, após o parto