

Plano de pós-parto

Gestante

Acompanhante

Bebê

1. Nossa filosofia para o nascimento

O plano de pós-parto expressa nossos desejos e preferências. Nós nos informamos antes de fazer as escolhas abaixo e entendemos que, em algumas situações, nossas escolhas podem não ser possíveis. Nessas circunstâncias:

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

2. Eu desejo, se for possível:

Que o cordão umbilical seja cortado:

- Por (quem):
- Após dois minutos
- Após parar de pulsar
- Após a dequitação (expulsão) da placenta

Sobre a placenta:

- Gostaria de ver a placenta depois que ela saísse
- Não gostaria de ver a placenta depois que ela saísse

Segurar meu bebê:

- Imediatamente após o nascimento. Por favor, coloque-o em meu abdômen
- Apenas depois de limpo e enrolado (seco)
- Apenas quando eu solicitar, pois provavelmente vou querer ficar só olhando pra ele num primeiro momento

Amamentar:

- Imediatamente após o nascimento
- Depois de o bebê ser limpo e vestido
- Em momento nenhum

Visitas:

- Seja permitida visita no quarto logo após o parto

Este plano faz parte do livro " O Diário de Bordo do Parto - Guia Prático para um parto consciente e feliz!" Editora Aninhare. A editora não se responsabiliza pelos desdobramentos negativos decorrentes do mal uso deste anexo. O conteúdo tem caráter meramente educativo, de orientação, cabe a cada família e profissional de saúde os cuidados médicos para com a gestação e parto.

- () Seja permitida visita no quarto horas após o parto
- () Vejam o bebê apenas no berçário antes de ir para o quarto
- () Não tenha visitas

3. Procedimentos com o recém-nascido

- () Gostaria que meu bebê não fosse aspirado, caso não haja necessidade
- () Gostaria que o primeiro exame médico seja feito apenas depois de já termos estabelecido umbebê-vínculo mãe
- () Gostaria que o primeiro exame médico seja feito em minha presença
- () Não é necessário que eu assista o primeiro exame
- () Meu parceiro deseja assistir o primeiro exame
- () Desejo que meu bebê receba colírio de Nitrato de Prata na primeira hora de vida para prevenção de conjuntivite neonatal (Método de Credé), mesmo sabendo que pode causar uma conjuntivite química de intensidade e duração variável
- () Desejo que meu bebê NÃO receba colírio de Nitrato de Prata, caso eu tenha cultura vaginal negativa para pesquisa de gonococos e IgA negativo para Chlamydia no terceiro trimestre da gestação. Prefiro observar a secreção ocular do bebê após o nascimento e tratar uma eventual conjuntivite, caso apareça.
- () Desejo que meu bebê receba vitamina K intramuscular (dose única) como forma de prevenção de hemorragia neonatal
- () Desejo que meu bebê NÃO receba vitamina K intramuscular de forma nenhuma e tenho consciência do risco geral de hemorragia neonatal
- () Gostaria que meu bebê recebesse todas as vacinas disponíveis para os primeiros dias de vida
- () Gostaria que meu bebê não recebesse nenhuma vacina no hospital

4. Primeiras horas

Sobre o primeiro banho do meu bebê:

- () 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

Sobre a amamentação

- () Planejo amamentar exclusivamente e em livre demanda
- () Planejo amamentar exclusivamente, com horários, conforme orientação do pediatra
- () Planejo usar fórmula láctea
- () Planejo amamentar e complementar com fórmula
- () Gostaria de contratar uma consultoria em amamentação para auxiliar nas mamadas

Gostaria que não fosse oferecido ao bebê:

- () Chupeta ou bico

Este plano faz parte do livro " O Diário de Bordo do Parto - Guia Prático para um parto consciente e feliz!" Editora Aninhare. A editora não se responsabiliza pelos desdobramentos negativos decorrentes do mal uso deste anexo. O conteúdo tem caráter meramente educativo, de orientação, cabe a cada família e profissional de saúde os cuidados médicos para com a gestação e parto.

- () Glicose ou água açucarada
- () Fórmula láctea

Gostaria de ter meu bebê:

- () No meu quarto 24 horas
- () No meu quarto, durante o dia
- () No meu quarto, quando estiver acordada
- () No berçário, exceto no momento de amamentar

Que meu parceiro (a):

- () Tenha visita ilimitada
- () Tenha horário de visita limitado
- () Durma no meu quarto

Que os membros da família:

- () Tenham visita ilimitada
- () Façam visitas apenas nos horários predeterminados de visita do hospital
- () Não quero visitas durante a internação

Agradecemos a compreensão!

Assinaturas:

.....

.....

.....