



PLANO DE

Parto





Estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos, por isso abaixo listo as preferências em relação ao nascimento do meu(minha) filho(a).

Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaria de ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas existentes.





Identificação

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____



Trabalho de parto

	Não	Sim
Presença de um acompanhante da minha escolha;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não realizar tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos) e enema (lavagem intestinal);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não realizar perfusão contínua de soro e/ou ocitocina;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberdade para caminhar e escolher a posição que desejo permanecer;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de banheira/chuveiro se disponíveis;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redução de luminosidade;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redução de ruídos, trilha sonora de minha escolha;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de anestésicos se eu achar necessário;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aguardar o rompimento natural da bolsa;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberdade para consumo de líquidos e alimentos leves.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parto

	Não	Sim
Escolher a posição mais confortável para o período expulsivo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não realizar manobra de Kristeller;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não realizar episiotomia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contato pele a pele imediato, liberdade para amamentar se não houver intercorrências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Após o parto

	Não	Sim
Aguardar expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanecer com o bebê sem limitação de tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuidados com o RN

	Não	Sim
Administração de colírio de prata;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aleitamento materno em livre demanda;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não oferecer água glicosada, bicos artificiais sem o meu consentimento;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamento conjunto intermitente;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O primeiro banho será dado pela mãe ou acompanhante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso a cesária seja necessária

	Não	Sim
Explicação da sua real necessidade, que seja respeitosa;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esperar o trabalho de parto espontâneo antes de efetuar a cesárea;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presença do acompanhante na sala de parto;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesia peridural/raquidiana sem sedação;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abaixar o campo na hora do nascimento para que eu possa visualizar o nascimento do bebê;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redução de luzes, ruídos, ar-condicionado;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receber o bebê em meu colo, mãos livres para pegá-lo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amamentar o bebê e alojamento conjunto com a maior brevidade possível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura Paciente

Assinatura Obstetra

Assinatura Pediatra





Central de Atendimento

11 3115 1515
Ramais 1688 • 1195

Emergências Médicas

11 2632 5555 0800 770 4412
São Paulo Litoral

ANS - nº 30362-3

cegonha



trasmontano.com.br

Trasmontano
Saúde