

PLANO DE PARTO

ETIQUETA	DATA: _____ NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____
----------	---

➤ **TRABALHO DE PARTO**

- Deseja acompanhante? () Sim () Não

Quem? _____

- Assistência de Doula (em período diurno). () Sim () Não

- Tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos). () Sim () Não () Tricotomia realizada em casa.

- Perfusão de soro contínuo ou com ocitocina. () Não () Sim. A indicação do obstetra será informada imediatamente ao paciente.

() Liberdade de caminhar e escolher a posição que desejo ficar.

() Exercícios de relaxamento com a bola, massagens.

() Uso do banheiro e chuveiro.

() Gostaria de suco ou gelatina.

- Analgésicos ou anestésicos. () Sim () Eu pedirei quando necessário.

- A MHONSA disponibiliza a Sala PPP (nesta sala acontece o trabalho de parto e o parto e pós-parto imediato). Obs: esta sala é liberada após assinatura de contrato e haverá cobrança pela utilização da mesma, mediante disponibilidade. () Sim () Não

• O exame obstétrico com ausculta dos batimentos fetais acontecerá frequentemente.

• Monitorização fetal contínua (cardiotocografia intraparto) será por indicação da obstetrícia.

➤ **PARTO**

- () Gostaria de um ambiente calmo nesta hora.
- () Quero que as luzes sejam apagadas e o ar-condicionado desligado na hora do nascimento.
- Episiotomia: () Sim () Não, prefiro laceração à episiotomia. Obs: Por indicação médica, pode haver necessidade para segurança do recém-nascido.
- Gostaria de ter meu bebê colocado no meu colo de imediato com liberdade para amamentá-lo, quando indicado. () Sim () Não
- () Gostaria receber o bebê quando me sentir pronta para tal.
- Quanto ao corte do cordão umbilical:
- () Pelo profissional
- () Por mim mesma
- () Pelo marido/parceiro/pai do bebê/acompanhante.

➤ **APÓS O PARTO**

- () Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens.
- () Quero ter o bebê o tempo todo enquanto eu estiver em sala de parto.

➤ **CUIDADOS COM O BEBÊ**

- () Quero amamentar sob livre demanda.
- () Em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê, salvo sob indicação médica.
- () Alojamento conjunto o tempo todo, quando possível.
- () Gostaria de dar banho no meu bebê e realizar as trocas.
- A administração de iodo de povidona, para evitar infecções oftalmológicas e o Kanakion (vitamina K) para prevenir hemorragia neonatal, será administrada em todos os RNs, salvo sob restrição médica.
 - Em alguns casos, será necessário a realização de glicemia capilar com horário fixo, conforme avaliação do pediatra.

➤ **CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA:**

- () Gostaria do início do trabalho de parto antes de se indicar uma cesárea.
- () Quero a presença de um acompanhante de escolha minha.
- () Anestesia: sem sedação em momento algum.
- () Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidos e o ar condicionado desligado.
- () Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo.
- () Gostaria de permanecer com o bebê no contato pele a pele enquanto estiver na sala de cirurgia .
- () Também gostaria de amamentar o bebê e ter alojamento conjunto o quanto antes.

• **A presença do acompanhante é restrita durante a indução anestésica, sendo liberada após o procedimento.**

➤ **SALA COM VISOR:**

- A maternidade Octaviano Neves dispõe de 1 (uma) sala com visor, no qual se permite até 8 (oito) familiares para assistirem ao parto.
- O uso desta sala depende de sua disponibilidade no momento e é exclusivamente para o parto cesárea, haverá cobrança do hospital pela taxa de utilização da sala.

Assinatura dos pais

Assinatura do Obstetra

Assinatura do Pediatra