PLANO DE PARTO

GESTANTE: Nome completo da gestante
ACOMPANHANTE: Nome completo do acompanhante
BEBÊ: Nome do bebê
OBSTETRA: Nome do(a) obstetra
DOULA: Nome da doula
PLANO DE SAÚDE: Nome do plano de saúde
HOSPITAL DE PREFERÊNCIA: Nome do hospital

Este plano de parto foi elaborado de forma consciente e fundamentado em informações baseadas em evidências científicas com a finalidade de manifestar nossas preferências com relação à assistência obstétrica e neonatal em situação de normalidade.

1- Na internação: desejo ser encaminhada diretamente para o apartamento/sala de PPP sem ter que passar pela avaliação de obstetra plantonista nem ser submetida a acesso de rotina.

2- Trabalho de parto: desejo ter a companhia de nome do acompanhante.

Não quero: tricotomia, enema, perfusão intravenosa com soro ou ocitocina e nem o rompimento artificial da bolsa.

Quero: liberdade para comer e beber, liberdade para me movimentar e escolher posições, liberdade para usar o banheiro, o mínimo de exames de toque vaginal possível e monitoramento intermitente dos batimentos cardíacos fetais.

Analgesia: não quero que me sejam administrados anestésicos ou analgésicos, mesmo que eu peça. Desejo receber todas as formas possíveis de alívio não farmacológico da dor.

3- Parto (período expulsivo):

Quero: liberdade para escolher a posição para o período expulsivo, ambiente silencioso, com iluminação indireta, ar-condicionado desligado, períneo aparado com compressas, contato pele-a-pele imediato após o nascimento com liberdade e incentivo para amamentar e que o pai corte o cordão umbilical após o mesmo ter parado de pulsar.

Não quero: puxos dirigidos, manobra de Kristeller e episiotomia.

4- Pós-parto imediato: expulsão espontânea da placenta, com auxílio da amamentação e que o bebê só seja levado para os exames pediátricos somente após a 1ª hora de vida, na companhia do pai ou outra pessoa da família e que não fique em observação em berço aquecido e que volte assim que possível para meus braços.

5- Cuidados com o bebê:

Nitrato de prata (credê): ( ) Sim ( ) Não

Vitamina K: ( ) Injetável ( ) Oral ( ) Não administrar

Aspiração rotineira das vias aéreas: ( ) Sim ( ) Não

Aspiração gástrica rotineira: ( ) Sim ( ) Não

Sonda retal rotineira: ( ) Sim ( ) Não

Banho: ( ) Sim ( ) Não

Retirar o vérnix: ( ) Sim ( ) Não

Vacinas: ( ) Sim ( ) Não

6- Situações excepcionais:

( ) Caso ocorram intercorrências em meu trabalho de parto que impeçam o parto de fluir naturalmente, não quero que sejam feitas intervenções e desejo uma cesárea.

( ) Caso ocorram intercorrências em meu trabalho de parto que impeçam o parto de fluir naturalmente, desejo avaliar as possibilidades e riscos e, para que continuemos tentando o parto normal, tolero as seguintes intervenções: ( ) manobras mecânicas, ( ) rompimento artificial da bolsa, ( ) mesa de parto, ( ) estribos, ( ) ocitocina, ( ) analgesia de parto, ( ) episiotomia, ( ) manobra de kristeller, ( ) fórceps, ( ) vácuo-extrator e/ou ( ) outras.

7- Em caso de cesárea intraparto:

Quero: a presença da doula e nome do acompanhante na sala de cirurgia; que a iluminação seja reduzida limitada aos focos no momento do nascimento, que a equipe evite conversas aleatórias e, estando tudo bem com meu bebê, que ele(a) seja colocado

pele-a-pele sobre meu peito, que minhas mãos estejam livres para segurá-lo(a), que eu receba ajuda para iniciar a amamentação e que sejam respeitadas as orientações listadas no item 5 deste plano de parto.

Anestesia: ( ) Raqui ( ) Peridural

Sedação após o nascimento: ( ) Sim ( ) Não

Rebaixamento do campo na hora do nascimento: ( ) Sim ( ) Não

Cidade, dia de mês de ano .

Nome completo da gestante Nome completo do(a) acompanhante