

Plano de Parto

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Email: _____

Data: / /

Abaixo indico as preferências para o nascimento da (do) minha (meu) filha (o) e cuidados após o parto, para, dentro das possibilidades, serem atendidas. Sempre que as indicações do Plano não puderem ser seguidas, gostaria de ser previamente avisada e consultada sobre as alternativas. Em caso de eu estar impossibilitada, essa comunicação deverá ser feita a pessoa acompanhante.

Durante o trabalho de parto e parto:

1. Desejo presença de acompanhante (conforme Lei Federal n. 14.737/2023):

Sim Não

2. Além da pessoa acompanhante, terei doula, conforme a Lei Estadual n. 16.869/16 de SC:

Sim Não

Nome: _____

3. Eu não quero ser submetida a:

Tricotomia (depilação dos pelos pubianos).

Enema (lavagem intestinal).

Manobra de Kristeller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora):

4. Gostaria de ser incentivada a:

Caminhar e me movimentar para evolução do trabalho de parto.

Liberdade para beber água/sucos, enquanto seja tolerado.

5. Desejo que seja oferecido uso de analgesia:

Sim, assim que possível.

Apenas se solicitado.

Não.

6. Gostaria que sejam oferecidos opções não-farmacológicas para alívio da dor:

Uso da bola suíça.

Uso da banheira ou chuveiro.

Se possível outro. Especifique: _____

7. Gostaria de ser incentivada a:

Me movimentar e escolher a posição que me sentir melhor para parir (a ex. de cócoras, banquetas, quatro apoios).

8. Gostaria de ser consultada e ter meu consentimento sobre:

Ocitocina sintética (hormônio para induzir ou intensificar as contrações do trabalho de parto), com indicações restritas e não rotineiras.

Corte da região da vagina, conhecido como “pique” (episiotomia), quando este não for imprescindível.

9. Em situação de necessidade clínica gostaria de ser consultada, caso seja indicada a:

Ruptura artificial da bolsa

Monitoramento cardíaco intermitente

Caso a cirurgia cesariana seja necessária:

10. Desejo a presença da pessoa acompanhante:

Sim Não

11. Se possível, gostaria de ver a hora do nascimento, com o rebaixamento do protetor ou por um espelho.

Sim Não

Após o parto e Cuidados com o Bebê:

12. Desejo que seja garantido:-

- O contato pele a pele com o (a) bebê imediatamente após o nascimento;
- A amamentação na primeira hora de vida;
- O alojamento conjunto o tempo todo (mãe e bebê no mesmo quarto).

13. Em caso de intercorrência neonatal, gostaria de:

- Ter livre acesso ao bebê;
- Eu mesma realizar os cuidados e trocas;
- O alojamento conjunto o tempo todo (mãe e bebê no mesmo quarto).
- Preferencialmente alimentá-lo com meu colostro ou leite;
- Receber informações atualizadas sobre o estado de saúde do bebê;
- Ser avisada imediatamente quando da necessidade de acalmar o bebê;
- Receber alta o quanto antes após houver melhora.

Caso tenha outros desejos e expectativas em relação ao momento do parto, registre aqui:
(Ex.: Sobre corte do cordão umbilical, expulsão da placenta, uso de meus óculos, procedimentos com o bebê, etc.)

Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas. Solicito que os procedimentos em desacordo com o aqui expressamente descrito sejam devidamente justificados no meu prontuário médico.

Assinatura: _____

Protocolo: _____

Recebido em: ____ / ____ / ____

Por (nome e função): _____

Local (Hospital, Clínica, Profissional): _____