

Plano de Nascimento

O Plano de Nascimento traduz uma vontade informada, esclarecida e livre, quanto aos cuidados de saúde e aos procedimentos que são desejados, ou que não desejamos receber antes, durante e após o parto. Pode, a todo o tempo, ser alterado por vontade própria.

O seu Plano de Nascimento será respeitado sempre que possível, **estando condicionado aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento em que o parto ocorra, assim como a fatores de ordem clínica inesperados que exijam procedimentos que não estavam previstos, para preservar a segurança da mãe, do feto ou do bebé.** Sempre que tal aconteça, será assegurado o exercício do consentimento informado, esclarecido e livre.

Identificação da Mulher/Casal (se aplicável)

Nome: _____

Documento de identificação: _____ N.º _____ Validade ___/___/___

N.º de utente: _____

Nome: _____

Documento de identificação: _____ N.º _____ Validade ___/___/___

N.º de utente: _____

Nota: Todos os itens adiante mencionados contemplarão 3 possibilidades de preenchimento: Sim; Não; Indiferente.

A - Acompanhamento da mulher: participação do futuro pai e/ou outra pessoa significativa

Durante o trabalho de parto, pretende:

- Estar acompanhada

Sim () Não () Indiferente ()

Caso tenha respondido Sim:

a) Sempre ()

b) Apenas em alguns momentos ()

Especifique: _____

Identificação da(s) pessoa(s) acompanhante(s):

a) _____

b) _____

- Estar acompanhada, em situação de cesariana programada (Despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de abril)

Sim () Não () Indiferente ()

B – Privacidade

Aceita a presença de estudantes em formação:

Sim () Não () Indiferente ()

Aceita a participação tutelada de profissionais em formação na assistência ao parto:

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

C – Informação

No sentido de exercer o consentimento informado, esclarecido e livre, a/o mulher/casal pretende ser informada/o, a par e passo, da evolução do trabalho de parto e participar nas decisões acerca do mesmo, depois de conhecer as alternativas possíveis:

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

D – Período da Dilatação, se tiver condições clínicas para tal:

Pretende ter liberdade de movimento como caminhar e mover-se:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende usar materiais de apoio como bola de Pilates e almofadas:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende ingerir água, chá açucarado:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende poder estar deitada:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende ser observada com número mínimo de toques vaginais:

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

E – Controlo da dor

Pretende usar apenas métodos não farmacológicos de alívio da dor, como liberdade de movimentos, respiração, técnicas de relaxamento, massagens, duche:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende analgesia epidural, por sua solicitação e se tiver condições clínicas para tal:

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

F – Indução do parto

Pretende que uma eventual rutura artificial da “bolsa de águas” ocorra apenas em situação de necessidade clínica:

Sim () Não () Indiferente ()

G – Período Expulsivo (sem analgesia epidural)

Pretende adotar diferentes posições durante o período expulsivo (orientada pelo profissional de saúde caso este tenha experiência ou condições para a realizar com segurança):

Sim () Não () Indiferente ()

Deseja iniciar esforços expulsivos apenas quando sentir necessidade:

Sim () Não () Indiferente ()

Autoriza o uso de episiotomia, se a situação clínica o justificar:

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

H – Nascimento

Deseja que o bebé tenha contacto pele-a-pele imediato ao nascimento (se a situação clínica o permitir) com:

a) A mãe

Sim () Não () Indiferente ()

b) O pai

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

Pretende que a laqueação do cordão umbilical seja feita pelo pai/acompanhante:

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

I – Aleitamento do recém-nascido

Pretende iniciar a amamentação na primeira hora de vida:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende apoio para estimulação e extração precoce de leite materno, caso haja necessidade de afastamento temporário do bebé:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende, em caso de necessidade de alimentar temporariamente o recém-nascido com leite artificial, que este seja oferecido por copo, seringa em vez de tetina:

Sim () Não () Indiferente ()

Autoriza que seja oferecido leite artificial em caso de necessidade clínica do bebé:

Sim () Não () Indiferente ()

Deseja ser informada/o acerca de grupos e linhas de apoio ao aleitamento materno a que possa recorrer após a alta hospitalar:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende alimentar o recém-nascido com leite artificial:

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

J – Após o parto.

O bebé fica no mesmo quarto da progenitora, beneficiando alojamento conjunto.

Pretende receber informação e estar presente nos procedimentos a realizar ao recém-nascido:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende realizar o banho do bebé 24 horas após o nascimento:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende administração da 1ª dose da hepatite B ao recém-nascido:

Sim () Não () Indiferente ()

Pretende realizar o registo do bebé no gabinete “Nascer Cidadão”:

Sim () Não () Indiferente ()

Observações: _____

Tomei/ámos conhecimento de todas as informações necessárias ao preenchimento do presente documento. Declaro/amos que são exatas e completas as informações por mim/nós aqui prestadas, no que respeita aos cuidados de saúde e aos procedimentos que desejo/amos receber, que me/nos são indiferentes ou que não desejo/amos receber antes, durante e após o parto. Mais declaro/amos estar/mos ciente/s de que a concretização das intenções expressas neste documento estão dependentes, no todo ou na parte, **da evolução clínica do processo de trabalho de parto, parto e pós parto, assim como de constrangimentos logísticos que possam estar presentes na instituição de saúde onde ocorra.**

Data ____/____/____

Assinatura/s (conforme documento de identificação civil)

