



Plano de Parto

Hospital Unimed Tubarão

Data: _____

Gestante: _____

Nome do Bebê: _____

Obstetra: _____

Pediatra: _____

1) Tipo de parto que deseja:

Vaginal Cesárea

2) Desejo que me acompanhe durante a internação

Marido/parceiro/pai do bebê

Mãe

Filha(o) maior de 18 anos

Amigo(a)

Outro

Nenhum

Nome acompanhante: _____

3) Terei uma doula me acompanhando (Lei 16.869 de 2016):

Sim Não

Nome da Doula: _____

4) Desejo que meu parto seja fotografado

Sim Não

Nome do Fotógrafo: _____

5) Em caso de parto vaginal, desejo ter como opção os seguintes métodos de alívio da dor:

Massagens

Orientações sobre técnica de respiração

Liberdade de movimentar/andar caso eu queira

Liberdade na escolha da posição

Exercícios na bola

Banho de chuveiro/banheira

Analgesia medicamentosa por anestesia quando necessário

6) Sei da importância de manter hidratada e de me alimentar. Portanto, durante o trabalho de parto, desejo ingerir alimentos tais como:

Água Sucos Chás Gelatina

7) Desejo que comuniquem a mim e ao meu acompanhante toda intervenção necessária

Sim Não

8) Desejo os seguintes cuidados com o ambiente:

Ambiente com pouca luminosidade

Ambiente claro

Ouvir música

Pouco barulho

Privacidade

9) A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela mulher. Gostaria de ter as seguintes opções:

Sentada/ Cócoras (banqueta)

Semi-sentada com a cabeceira elevada

De quatro apoios

Outros: _____

10) Sei que a recomendação do Ministério da Saúde é a realização do toque vaginal a cada 4 horas. Se necessário o toque com maior frequência, comuniquem a mim e ao meu acompanhante:

Sim Não

11) Assim que o bebê nascer, gostaria:

Pegar meu bebê

Receber meu bebê somente quando estiver pronta

Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida

Se estiver tudo bem, ter pelo menos uma hora contínua com meu bebê

12) Quanto ao corte do cordão umbilical, (desejo que seja feito em tempo oportuno independente do tipo de parto)

Pelo profissional

Por mim mesma

Pelo meu acompanhante

13) Se possível, gostaria que fosse realizado carimbo da placenta

Sim Não

14) Se possível, gostaria de levar minha placenta, mediante assinatura do termo de entrega proposto pela Instituição

Sim Não

Assinatura

Plano de Parto recebido por: _____

Obstetra ciente: _____

Pediatra ciente: _____

