



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: _____