

PLANO DE PARTO

ACSC - Hospital Santa Isabel -Maternidade Bertha Louise



O seu **nome** é

O nome do seu **filho** será

A **data prevista** do parto é/...../.....

O **Obstetra** é

As pessoas que irão lhe apoiar no **trabalho de parto** são

.....

.....

Obs.1: a gestante tem direito a **um acompanhante** de sua escolha e à presença de **uma doula**;

Obs.2: no caso de presença de **doula**, lembre que a mesma **deverá ser cadastrada** no Hospital Santa Isabel – o cadastro será realizado na administração do hospital com a **apresentação** de um **certificado** fornecido por entidade ligada à Associação Nacional das Doulas.

As pessoas que estarão presentes no **parto** são

.....

Gostariam de receber **visitas** nas primeiras 8 horas após o parto? () sim
() não - após este horário há alguma restrição?

.....

Estão frequentando ou pretendem frequentar: () cursos de gestantes
() visita ao hospital
()

Existe algo que gostaria de informar sobre si (medos, preocupações)?
.....
.....
.....

O seu objetivo é: () usar exclusivamente **medidas de apoio e de conforto** dadas pelo acompanhante e/ou enfermeira
() usar adicionalmente às medidas de apoio e de conforto, **fármacos** para redução de dor
() outras medidas, por favor explique

.....

.....

As seguintes medidas foram consideradas úteis para enfrentar o desconforto associado às contrações. Verifique por favor que medidas de conforto gostaria que lhe fosse proporcionado durante o trabalho de parto:

() banho	() usar almofadas (trazidas de sua casa)
() deambulação	() massagem
() compressas quentes ou frias	() alimentação
() ouvir suas músicas	() analgesia (desde que haja condições clínicas)
() usar bola suíça	() outras
() usar seu próprio foco de visualização

Em relação às posições durante o período expulsivo, quais gostaria de experimentar? (desde que não haja empecilhos): () usar **barra** para agachamento
() não usar perneiras
() utilizar **banquinho** de parto

Depois que o bebê **nascer** gostaria que: () fosse a **cortar o cordão** umbilical (em
() parto vaginal)
() colocasse o bebê em contato pele a pele
() fosse a dar o **primeiro banho**
() fosse a por a **primeira fralda**
() fosse a **fotografar** o parto

Em relação a **aspectos inesperados** durante o trabalho de parto, solicite informações adicionais ao seu médico assistente sobre: () **monitorização** fetal () **fórceps/vácuo**
() **ruptura** artificial de membranas () **episiotomia**
() **indução** ao parto () **cesariana**
() utilização de **ocitocina**
() **outros**

Caso tenha outros desejos e expectativas em relação à vivência do parto, por favor descreva:

O serviço de Obstetrícia do HSI defende que o melhor para a mãe e bebê é mantê-los juntos 24 horas por dia. Você pretende: () **amamentar**
() dar leite **artificial**
() estar presente caso haja necessidade de exames/análise
()

Quando **regressar para casa**, terá ajuda das seguintes pessoas:

Quando estiver em casa, gostaria de receber acompanhamento telefônico por parte do Serviço do HSI?
() sim () não

**** Entenda que um **Plano de Parto não é uma lista de obrigações e/ou permissões**, mas de informações que nos ajudam a conhecê-la e entender melhor seus desejos, para que tenhamos a chance de lhe ajudar a passar pela melhor experiência possível relacionada ao nascimento de seu bebê.

PS.: O serviço de Obstetrícia e Pediatria do Hospital Santa Isabel **obedece rigorosamente às orientações das Sociedades Brasileiras de Obstetrícia e de Pediatria e Ministério da Saúde**, incluindo indicações de procedimentos invasivos como cesarianas, vacinas e profilaxia de infecções do neonato, incluindo administração injetável de Vitamina K.

Blumenau / /

Mãe

Pai

Elaborado por: Dr^a Márcia Regina Pinto Sancandi
Enf^a Letícia Lamberti
Baseado no plano de parto sugerido pelo OMS.

