

Plano de Parto | Hospital São José

Gestante:

Nome do bebê:

Obstetra:

Pediatria:

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 Doula: _____
4. Desejo que meu parto seja fotografado
 Sim Não
Nome Fotógrafo: _____
5. Em caso de parto vaginal, desejo ter como opção os seguintes métodos de alívio da dor:
 Massagens;
 Orientação sobre técnica de respiração
 Liberdade de movimentar/andar caso eu queira
 Liberdade na escolha da posição;
 Exercícios na bola;
 Banho 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 independentemente 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: _____ Data: ____/____/____

Obstetra ciente: _____

Pediatra ciente: _____