PLANO DE PARTO
Informações para pacientes

Eu, _____, estou ciente de que o parto pode seguir diferentes caminhos. Abaixo, detalho minhas preferências para o nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tomará as melhores decisões para meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada se os planos não puderem ser seguidos.

1. Acompanhante:
Quero que seja meu acompanhante: _____

2. Preferências durante o trabalho de parto:

a. Pegar acesso venoso ou infusão contínua de soro:
( ) Prefiro não ter
( ) Prefiro ter
( ) Não tenho preferência

b. Infusão de soro com ocitocina (para facilitar contrações):
( ) Prefiro não ter
( ) Gostaria de ter para acelerar o parto
( ) Não tenho preferência
( ) Prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem

c. Bolsa das águas rompidas artificialmente (amniotomia):
( ) Prefiro não ter
( ) Gostaria de ter para acelerar o parto
( ) Não tenho preferência
( ) Prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto quando não estiver evoluindo bem

d. Ruptura prematura de membranas
se a bolsa das águas romper antes do trabalho de parto
( ) Gostaria de iniciar a indução do parto em seguida, se não houver contraindicação
( ) Prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto, mas compreendo que a internação do bebê pode ser necessária após muitas horas
( ) Não tenho preferência

e. Se não iniciar trabalho de parto espontaneamente no final da gestação:
( ) Gostaria de ter o parto induzido
( ) Prefiro realizar cesárea
( ) Não tenho preferência
( ) Outra alternativa: _____

3. Durante o trabalho de parto:

a. Alimentação:
( ) Gostaria de ingerir líquidos
( ) Prefiro ficar em jejum
( ) Prefiro ver como me sentirei na hora

b. Deambulação:
( ) Gostaria de caminhar e me movimentar livremente
( ) Prefiro ficar mais deitada
( ) Prefiro ver como me sentirei na hora

c. Ausculta dos batimentos cardíacos do bebê:
( ) Não gostaria de monitorização contínua (somente se necessário)
( ) Não me oponho à monitorização contínua
( ) Não tenho preferência

d. Controle da Dor:
( ) Gostaria de usar métodos não-farmacológicos (banho, bola de pilates, massagens)
( ) Gostaria de receber analgésicos
( ) Gostaria de fazer analgesia obstétrica raqui-peridural
( ) Prefiro ver como me sentirei na hora

5. Na Hora do Parto:

a. Posição:
( ) Prefiro ficar na posição: _____
( ) Prefiro ver como me sentirei na hora
( ) Não tenho preferências especiais sobre a posição

b. Orientação para fazer força:
( ) Prefiro fazer força durante as contrações, quando sentir vontade
( ) Gostaria de ser orientada sobre como fazer força

c. Ambiente:
( ) Gostaria que o ambiente tivesse: _____
( ) Não tenho preferência

d. Episiotomia (corte no períneo):
( ) Prefiro que não seja realizada, somente se necessário
( ) Não tenho oposição à episiotomia

e. Uso de Instrumentos (fórceps, vácuo-extrator):
( ) Gostaria que fossem usados se necessário para acelerar a saída do bebê
( ) Não gostaria que fossem usados, mas compreendo que às vezes é necessário
( ) Não tenho preferência

6. Se for Necessária uma Cesariana:

a. Agendamento:
( ) Prefiro entrar em trabalho de parto espontaneamente
( ) Prefiro agendar a cesariana, se possível
( ) Não tenho preferência

b. Durante a Cirurgia:
( ) Gostaria de ver o bebê nascer
( ) Prefiro não ver as partes cirúrgicas, e o bebê deve ser mostrado somente após nascer
( ) Não tenho preferência
( ) Não gostaria que minhas mãos ficassem presas durante a cesariana
( ) Prefiro que minhas mãos fiquem presas para evitar contato com o campo cirúrgico

7. Após o Nascimento do Bebê:

a. Contato Pele a Pele:
( ) Gostaria que o bebê fosse colocado imediatamente no meu colo, se estiver tudo bem
( ) Não tenho preferência
( ) Gostaria de tentar amamentar na primeira hora
( ) Não gostaria de amamentar
( ) Não tenho preferência
( ) Gostaria de ficar o máximo possível com o bebê na sala de parto e recuperação
( ) Não me importo se o bebê for levado para banho e cuidados imediatamente

b. Cuidados com a Placenta:
( ) Prefiro aguardar a expulsão espontânea da placenta
( ) Prefiro manobras para ajudar a placenta a sair
( ) Não tenho preferência

c. Administração de Ocitocina:
( ) Não gostaria que fosse administrada de rotina
( ) Gostaria que fosse administrada para prevenção de hemorragia
( ) Não tenho preferência

8. Cuidados com o Bebê:

a. Higiene:
( ) Gostaria que o bebê fosse higienizado conforme a rotina do hospital, assistido pelo acompanhante
( ) Não gostaria que o bebê fosse banhado nas primeiras 24 horas
( ) Não tenho preferência

b. Colírio de Nitrato de Prata:
( ) Não me oponho à aplicação, conforme recomendado
( ) Não gostaria que fosse aplicado, se exames vaginais negativos forem realizados
( ) Não tenho preferência

c. Vitamina K:
( ) Não me oponho à administração intramuscular
( ) Prefiro administração oral e comprometo-me a dar as doses adicionais em casa
( ) Não tenho preferência

d. Amamentação:
( ) Quero amamentar sob livre demanda
( ) Quero amamentar em horários fixos
( ) Não quero amamentar
( ) Não tenho preferência
( ) Quero amamentação exclusiva
( ) Não me importo com fórmula láctea se necessário

9. Outras Observações:

Agradeço a atenção e ajuda de todos para tornar esse momento seguro e especial.
Confio na equipe obstétrica para seguir este plano dentro do possível.

Data: _____/_____/____

Assinatura: _____