

# PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO

Nombres y apellidos.....Nº Seguridad Social/Historia Clínica.....

Necesidades especiales por diferencia de capacidad  Necesitaria .....

Necesidades especiales por motivos de cultura o idioma  Necesitaria .....

## PERIODO DE DILATACIÓN

### Intimidad

Deseo que se respete mi derecho a la intimidad y que para ello solo esté presente el personal necesario.

### Información y toma de decisiones

- Deseo recibir información sobre la evolución del parto y participar en las decisiones sobre el mismo, tras ser informada de las diferentes alternativas.
- Deseo conocer el nombre y el cargo del profesional que me atienda.
- Deseo tener una matrona de referencia durante el proceso.
- Preferiría no recibir información sobre la evolución de mi parto.

### Acompañamiento

- La persona que deseo me acompañe durante el parto es.....
- Prefiero estar sola.

### Movilidad y adopción de diferentes posiciones

Desearía poder moverme con libertad durante el parto y poder elegir la posición que prefiera en cada momento.

### Material de apoyo

Desearía utilizar.....

### Tratamiento y manejo del dolor

- Deseo analgesia farmacológica durante el parto. Especificar.....
- Prefiero utilizar otros métodos de alivio del dolor y medidas de apoyo. Especificar.....
- Preferiría elegirlo más tarde.

### Ingesta de líquidos

Deseo poder beber los líquidos recomendados durante el proceso de parto.

### Evolución del proceso de dilatación

Si la evolución de mi proceso es normal, no deseo que se me administren fármacos ni se realicen procedimientos para acelerar de forma artificial la dilatación.

## PERIODO EXPULSIVO

### Posición a adoptar

Deseo poder elegir la postura para el momento del nacimiento.

### Episiotomía

Deseo que siempre que sea posible, no se me realice episiotomía. Deseo que se valore cuando llegue el momento la posibilidad de no realizar la episiotomía.

## Nacimiento

- Deseo estar acompañada por.....
- Deseo estar sola.
- Me gustaría tener un ambiente íntimo y respetado para este momento y que para ello solo esté presente el personal necesario.

## Corte de cordón umbilical

- Desearía, si es posible, que mi pareja corte el cordón umbilical.
- He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación.

# ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO/A

## Realización del contacto piel con piel

- Salvo que las circunstancias lo requieran, deseo tener a mi hijo/a en contacto piel con piel al nacimiento.
- Si yo no puedo hacerlo, consultarlo con mi pareja.

## Inicio de la lactancia

- Deseo iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida de mi hijo/a.
- He decidido dar a mi hijo/a leche artificial.
- Tomaré la decisión más adelante.

## Atención inicial al recién nacido/a

- Siempre que sea posible, deseo permanecer junto a mi hijo/a, y que se pospongan las actuaciones no urgentes.

## Higiene al recién nacido/a

- Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi hijo/a.
- Deseo realizar los cuidados e higiene del bebé con el apoyo y ayuda de mi acompañante o pareja.
- Si yo no puedo hacerlo, deseo que mi pareja u otra persona realice dichos cuidados.

## Administración de medicamentos

- Deseo que se administre vitamina K oral a mi hijo/a tras el nacimiento y me comprometo a la continuidad de su administración en domicilio de acuerdo a la pauta que se prescriba.
- Deseo se administren según el protocolo del centro hospitalario.

# PERIODO POSTPARTO

## Traslado a planta y estancia en la maternidad tras el nacimiento

- Deseo que el traslado del recién nacido se realice en piel con piel conmigo y poder estar acompañados por .....

## Duración de la estancia y cohabitación

- Deseo cohabitación con mi hijo/a durante el ingreso en planta de hospitalización.

## Otras cuestiones importantes para mí

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMADO POR D/Dª .....

DOCUMENTO FIRMADO POR Dª .....

Declaro que he leído el presente documento y he cumplimentado las opciones que he estimado convenientes para determinar mi "Plan de Parto y Nacimiento". En todo caso, me reservo el derecho a modificar el mismo antes del parto o revocarlo de forma oral total o parcialmente durante el parto y la estancia hospitalaria.

Fecha .....

Firma .....