

Data provável do parto: \_\_/\_\_/\_\_

Este plano de parto pertence à:

\_\_\_\_\_, e \_\_\_\_\_  
Gestante Acompanhante Bebê

### **Equipe de parto:**

Obstetra: \_\_\_\_\_

Enfermeira Obstetra: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_

Doula\*: \_\_\_\_\_

Fotógrafo: \_\_\_\_\_

**Plantão:**  Sim  Não

- Caso a equipe seja do plantão, basta deixar sinalizado “plantão”.
- \* Em caso de profissional fotógrafo e/ou Doula, deixar sinalizado o nome. Lembrando que este profissional precisa ser credenciado ao hospital.

Estamos cientes de que o trabalho de parto pode tomar rumos diferentes. Abaixo é listado preferências em relação a este momento e ao nascimento do meu bebê. Caso tudo ocorra bem, gostaria que fosse seguido da melhor maneira possível tudo que for desejado pela família. Se em algum momento os planos mudarem, que tudo seja comunicado a nós. Sei que o melhor para meu bebê será realizado pela equipe.

### **MEU PRÉ NATAL:**

( ) Risco habitual

( ) Apresento alterações importantes que precisam ser vistas com atenção:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) Alto risco:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comunicado a UTI Neonatal sobre o Parto de Alto Risco: ( ) Sim ( ) Não.

Durante meu trabalho de parto gostaria que um acompanhante da minha escolha esteja comigo.

Sendo ele/ela \_\_\_\_\_.

 <b>HOSPITAL ANTONINHO</b>	<b>FORMULÁRIO</b>	Cód.: FORM.HARM.MATERN.001
	<b>PLANO DE PARTO</b>	Versão: 001
		Página:2

## **TRABALHO DE PARTO – FASE LATENTE E ATIVA**

- ( ) Não gostaria de realizar tricotomia nem lavagem intestinal;
- ( ) Gostaria de me vestir como me sentir confortável, avental do hospital ou alguma roupa minha;
- ( ) Liberdade para me alimentar e beber líquidos – oferecidos sempre pelo hospital;
- ( ) Manter a bolsa amniótica íntegra e seu rompimento somente com minha autorização;
- ( ) Gostaria de que os toques vaginais fossem realizados em menor número possíveis, apenas quando necessário;
- ( ) Controle dos batimentos fetais com a frequência indicada pela equipe e na posição que me encontrar confortável e que seja possível realizar. Inclusive se for necessário realizar cardiotocografia;
- ( ) Ter liberdade de me movimentar durante todo o período, não ficando restrita apenas no quarto ou PPP.
- ( ) Uso de ocitocina em real necessidade com avaliação médica e que eu seja comunicada antes;

## **MÉTODOS PARA ALIVIO DA DOR**

Existem estudos que comprovam que métodos não farmacológicos são eficazes para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Dentre eles, gostaria de:

- ( ) Uso do chuveiro;
- ( ) Caminhar;
- ( ) Massagem
- ( ) Compressa quente;
- ( ) Escolha da posição que me for confortável;
- ( ) Bola de parto;
- ( ) Uso do banquinho “U” ou cavalinho;
- ( ) Ouvir música de minha preferência.

## **METÓDO FARMACOLÓGICO DE ALIVIO DA DOR**

- ( ) Gostaria de fazer uso da analgesia de parto em momento oportuno, discutido juntamente com equipe de parto. Além de ser comunicada sobre os riscos e benefícios.
- ( ) Não gostaria de fazer uso de analgesia, mas se no momento mudar de ideia irei comunicar a equipe.

 <b>HOSPITAL ANTONINHO</b>	<b>FORMULÁRIO</b>	Cód.: FORM.HARM.MATERN.001
	<b>PLANO DE PARTO</b>	Versão: 001
		Página:3

## **PARTO – FASE EXPULSIVA E NASCIMENTO DO BEBÊ**

- Gostaria que o parto seja na posição que estiver confortável no momento, me permitindo mudar se necessário;
- Gostaria de fazer força somente quando sentir vontade e que se for puxos dirigidos apenas em caso de ter recebido analgesia;
- Ambiente calmo e se eu preferir com música da minha escolha;
- Não permito que minha barriga seja empurrada para baixo (manobra de kristeller);
- Não seja realizado manipulação contínua do períneo sem necessidade;
- Não desejo que seja realizado episiotomia;
- Que o bebê seja monitorado conforme a necessidade durante o período do expulsivo;
- Gostaria de tocar a cabeça do meu bebê no período da coroação, caso me sinta confortável para isso;
- O cordão pare de pulsar para que seja cortado;
- Meu acompanhante ou eu, corte o cordão.

## **PÓS PARTO – CUIDADOS COMIGO**

- Gostaria que a saída da placenta seja espontânea, com a manipulação e tração pelo profissional apenas se necessário;
- Em caso de necessidade de ir para C.O (explicar o significado da sigla) para alguma revisão específica do canal de parto, que o acompanhante permaneça com o bebê na sala de parto;
- Gostaria de ver minha placenta após a saída;
- Não gostaria de ver minha placenta;
- Gostaria que fosse realizado o carimbo da placenta caso seja possível;

## **PÓS PARTO- CUIDADOS COM O BEBÊ**

- Gostaria que meu bebê fosse avaliado pelo pediatra após o corte do cordão, caso esteja tudo bem com ele;
- Não seja aspirado vias aéreas ou gástrica sem necessidade, apenas se realmente o bebê precisar de tal procedimento;
- Seja realizado o colírio CREDÊ pois meus exames foram positivos para clamídia e/ou gonorreia e strepto B;
- Não seja realizado o colírio CREDÊ pois meus exames foram todos negativos;
- Todos os cuidados (medidas, peso, vacinas) sejam no mesmo ambiente que o meu, caso

	<b>FORMULÁRIO</b>	Cód.: FORM.HARM.MATERN.001
	<b>PLANO DE PARTO</b>	Versão: 001
		Página:4

esteja tudo certo;

- Sei da importância da Vitamina K e que ela é administrada intramuscular;
- Caso o bebê precise ser encaminhado para UTI NEO, que o acompanhante vá até a porta da unidade juntamente com a equipe.
- Que não seja retirado todo o vérnix do corpo do bebê, trazendo a ele benefícios de manter em sua pele;
- Gostaria que o primeiro banho fosse dado após no mínimo 24 horas de vida;
- O primeiro banho poderá ser realizado após 6 horas de vida;
- Estou ciente que o hospital não dispõe de berçário e todo e qualquer cuidado é feito no alojamento, na minha presença e de meu acompanhante;

### **AMAMENTAÇÃO:**

- Caso meu bebê nasça bem, que ele seja colocado em contato pele a pele comigo assim que possível;
- Tenho interesse em amamentar;
- Não tenho interesse em amamentar;
- Estou ciente que o hospital não fornece água glicosada, mamadeira, colher dosadora, copinho de amamentação e não indica uso de bico de silicone e chupeta;
- O uso de fórmula láctea é por avaliação e indicação pediátrica e sua administração é juntamente ao seio materno. Estou ciente caso seja necessário seu uso;
- Caso eu não tenha interesse em amamentar, será ofertado chupa com fórmula láctea;
- Estou ciente que caso seja necessário será realizado exames de dextro “controle” do açúcar no sangue do meu bebê;

### **PARTO CESÁREA**

- Se estiver tudo bem comigo e meu bebê, que a indicação da cesárea seja após o início do trabalho de parto;
- Ter meu acompanhante comigo assim que possível dentro do Centro Obstétrico;
- Em caso de ter equipe de parto, que a enfermeira obstetra ou a doula esteja presente no ambiente;
- Gostaria de ouvir uma música de minha escolha no momento do parto;
- Que meu acompanhante corte o cordão umbilical após o mesmo parar de pulsar;
- Caso meu bebê nasça bem, que ele seja colocado em contato pele a pele comigo assim que

	<b>FORMULÁRIO</b>	Cód.: FORM.HARM.MATERN.001
	<b>PLANO DE PARTO</b>	Versão: 001
		Página:5

possível;

- ( ) Após a avaliação do pediatra o bebê fique em contato comigo até o término do procedimento;
- ( ) Que minhas mãos estejam livres para tocar meu bebê e segurá-lo;
- ( ) Que o bebê receba os cuidados (peso, medidas, vacinas) juntamente com meu acompanhante;
- ( ) Se possível abaixar o campo cirúrgico para que eu veja meu bebê nascer;
- ( ) Desejo amamentar na primeira hora de vida do bebê, ainda dentro do centro obstétrico;
- ( ) Ser encaminhada ao alojamento com meu bebê nos braços;

### **VISITAS E OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- ( ) Não gostaria de receber visitas no hospital;
- ( ) Irei receber visitas conforme os horários e número de pessoas estipulados pelo hospital;
- ( ) Em caso de recebimento de flores, estou ciente que precisará manter do lado de fora da porta do quarto;
- ( ) Nossa alta seja após avaliação obstétrica e pediátrica e que tudo esteja certo comigo e meu bebê e após no mínimo 48hs do nascimento.

### **Assinaturas:**

Paciente/Gestante: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Obstetra: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_