

**IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE**

Nome da Gestante: \_\_\_\_\_

Deseja ser chamada pelo Nome: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_

Equipe do pré-natal: \_\_\_\_\_

**ROTEIRO PARA O PLANO DE PARTO**

O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para assistência ao parto.

1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? ( ) sim ( ) não

2. Quem você quer presente durante o parto?

( ) Marido/parceiro/pai do bebê ( ) Filha(o) ( ) Mãe ( ) Outros familiares( ) Amiga(o) ( ) Doula( ) Outros \_\_\_\_\_

3. Desejo ser informada sobre a necessidade de cada intervenção e de seus possíveis riscos e efeitos colaterais ( ) sim ( ) não

No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos íntimos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.

4. Deseja usar supositório de glicerina? ( ) sim ( ) não

Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.

5. Métodos de alívio da dor que deseja ter como opção?

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| ( ) Exercícios de relaxamento com a bola do nascimento | ( ) Caminhar            |
| ( ) Banho de banheira ou chuveiro                      | ( ) Respiração profunda |
| ( ) Banho com água morna                               | ( ) Massagens           |
| ( ) Ouvir Música                                       | ( ) Outros _____        |
| ( ) Anestesia com medicamentos                         |                         |

6. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratado. O Que deseja ingerir?

( ) Água ( ) Suco de fruta ( ) Outros \_\_\_\_\_

7. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar.

- ( ) Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.  
 ( ) Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.  
 ( ) Desejo permanecer no mesmo ambiente durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto.

8. A posição do parto deve ser escolhida pela mulher

- ( ) De cócoras( ) Apoiada em seu acompanhante( ) Agachada ou de Joelhos ou de quatro ( ) Liberdade de posição de parto.  
 ( ) Deitada em decúbito dorsal ( ) Deitada de lado( ) Outra \_\_\_\_\_

9. Cuidados com o bebê

- ( ) Desejo que o bebê venha imediatamente para os meus braços, em contato pele a pele  
 ( ) Desejo que o cordão umbilical seja clampeado pelo pai após 3 minutos  
 ( ) Desejo que a amamentação seja estimulada na primeira hora de vida.  
 ( ) Desejo que a identificação do bebê e a vacinação ocorram com ele em meus braços.  
 ( ) Desejo que a equipe peça meu consentimento informando antes de cada intervenção do bebê.( ) \_\_\_\_\_

10. PARTO CESARIANA: Estando ciente de que o trabalho de parto pode evoluir de maneira inesperada, podendo necessitar de intervenção cirúrgica, seguem meus desejos caso a cesariana seja necessária:

- ( ) Desejo a presença do meu acompanhante.  
 ( ) Desejo que minhas especificações relativas ao ambiente e aos cuidados com o bebê acima, sejam seguidas na medida do possível, mesmo durante a cirurgia.  
 ( ) Após o nascimento do bebê, desejo que ele seja colocado sobre meu peito em contato pele a pele, sendo estimulado a mamar ainda na sala de parto.( ) \_\_\_\_\_

Assinatura da Gestante: \_\_\_\_\_

Declaro que li e estou ciente das preferências listadas pela paciente:

Profissional: \_\_\_\_\_