

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

Eu, _____,
estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero _____ que _____ seja _____ meu acompanhante: _____

Quando ocorrer a participação da Doula ou enfermeiras obstetras contratadas diretamente pela paciente, esta deverá estar devidamente cadastrada juntamente ao Hospital. Caso a mesma não tenha cadastro prévio realizado, não poderá atuar e deve aguardar o próximo período determinado pelo hospital para cadastramento. Sua participação como acompanhante para conforto materno deverá ser acordado diretamente com a paciente.

Registre agora em seu plano de parto suas preferências:

1. Quero que meu acompanhante esteja comigo durante o trabalho de parto, parto e pós-parto:

prefiro não ter;

prefiro ter;

2. Sobre ter uma veia “pega” (acesso venoso) ou sobre infusão contínua de soro, durante o trabalho de parto:

prefiro não ter;

prefiro ter;

não tenho preferência;

3. Sobre ter infusão de soro com ocitocina (hormônio que facilita contrações):

Elaboração Ana Paula Sagrilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Varaschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 1 de 9
--	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

- prefiro não ter;
- gostaria de ter, para acelerar o parto;
- prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto, se não estiver tendo evolução conforme a prescrição e a orientação do obstetra responsável;

4. Sobre ter a bolsa das águas rompidas artificialmente (amniotomia):

- prefiro que não seja realizado o rompimento da bolsa amniótica, sem necessidade ou justificativa;
- gostaria de ter, para acelerar o parto;

5. Se a minha bolsa romper espontaneamente, antes de eu entrar em trabalho de parto (ruptura prematura de membranas):

- gostaria de iniciar a indução do parto em seguida, se não houver contra-indicação;
- prefiro entrar espontaneamente em trabalho de parto. Sei que, após muitas horas de bolsa rota, aumenta a chance de internação da criança. Assim, devo seguir a indicação do meu obstetra e utilizar antibioticoterapia para prevenção de infecções maternas e fetais, se houver indicações;
- não gostaria de ter o parto induzido, independentemente do tempo de bolsa rota;

6. Se eu chegar ao final da minha gestação e não entrar espontaneamente em trabalho de parto:

- gostaria de ter meu parto induzido (com o método que a equipe obstétrica achar adequado);
- não gostaria de ter o parto induzido, preferindo realizar cesárea;

Elaboração Ana Paula Sagrilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Varaschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 2 de 9
--	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

sei que não é só minha vontade que decide isso. É necessário respeitar os protocolos científicos recomendados, as particularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, a estrutura e rotina do hospital;

7. Durante o trabalho de parto:**a. quanto à alimentação:**

gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos;

prefiro ficar em jejum;

prefiro ver como me sentirei na hora;

b. quanto à deambulação:

gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar;

prefiro ficar mais deitada;

prefiro ver como me sentirei na hora;

8. Se eu sentir dor:

gostaria de usar apenas métodos não-farmacológicos para seu controle (banho, bola de pilates, massagens);

gostaria de fazer analgesia, caso não tenha contraindicações, independentemente da fase de trabalho de parto em que eu esteja;

prefiro ver como me sentirei na hora;

9. Na hora do parto:**a. quanto à posição:**

acho que vou preferir ficar na seguinte posição: _____;

prefiro ver como me sentirei na hora;

Elaboração Ana Paula Sagrilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Varaschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 3 de 9
--	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

não tenho preferências especiais sobre a posição na hora do parto;

b. quanto à orientação sobre fazer força:

prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;

gostaria que me orientassem como fazer força na hora;

prefiro definir no momento do trabalho de parto de acordo com o que estiver vivenciando;

c. quanto à episiotomia (corte no períneo):

prefiro que não seja realizada a episiotomia como rotina, somente se muito necessário;

não tenho qualquer oposição à episiotomia;

d. Quanto ao ambiente:

gostaria que o ar condicionado fosse desligado momentos antes do nascimento do meu bebê;

prefiro deixar o cuidado com a temperatura do ambiente de responsabilidade da equipe;

10. Se for necessário ou decidido por fazer uma cesariana:

a. Quanto ao agendamento:

gostaria de entrar em trabalho de parto espontaneamente, ao invés de agendar uma cesariana;

prefiro agendar a cesariana, se for possível;

não tenho preferência;

b. Durante o ato cirúrgico:

Elaboração Ana Paula Sagrilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Varaschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 4 de 9
--	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

gostaria que o pano/campo cirúrgico fosse abaixado para que eu possa ver o bebê nascer;

prefiro não ver as partes cirúrgicas do nascimento, e que o bebê somente seja mostrado para mim após nascer;

não tenho preferência;

c. Quanto a posição durante a cesária:

não gostaria que minhas mãos ficassem presas durante a cesariana;

tenho medo de encostar sem querer no campo cirúrgico; por isso, prefiro que minhas mãos fiquem presas;

quero que esperem o cordão umbilical parar de pulsar por no mínimo um minuto antes de clampeá-lo e cortá-lo, preferencialmente(exceto se o recém- nascido precisa de cuidado imediato por parte do pediatra);

não tenho preferência;

11. Quanto a escolha do pediatra:

não tenho preferência, podendo ser o pediatra do hospital;

tenho um pediatra de confiança cadastrado no hospital e acordei com ele para fazer a recepção do meu bebê;

12. Assim que nascer o bebê:

gostaria que ele fosse trazido até mim, se ele estiver tudo bem;

não tenho preferência;

13. Quanto a amamentação imediata após o parto:

gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora;

Elaboração Ana Paula Ságilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Varaschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 5 de 9
---	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

- não gostaria de (ou sei que não posso) amamentar;
- não sei se posso amamentar devido a:_____;

14. Após o nascimento do bebê:

a. Quanto à placenta(se parto normal):

prefiro aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração do cordão ou massagens´;

prefiro que sejam feitas manobras para ajudar a placenta a sair (como tração do cordão e massagens);

b. Gostaria de receber o carimbo da minha placenta?

sim;

não;

c. Deseja levar a placenta para sua casa?

sim;

não;

Obs.: Se sim, Trazer caixa de térmica para o transporte.

15. Quanto à administração de ocitocina na mãe:

gostaria que fosse administrado ocitocina no pós-parto para prevenção de hemorragia, como recomenda a Organização Mundial de Saúde;

não gostaria que fosse administrado ocitocina de rotina no pós-parto(mesmo sabendo que o desuso aumenta a probabilidade pós-parto;

não tenho preferência, deixando a critério médico;

16. Sobre os cuidados com o bebê:

a. Quanto à higiene do bebê:

Elaboração Ana Paula Sagrilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Varaschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 6 de 9
--	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

gostaria que fosse feita higiene do bebê conforme a rotina do hospital, assistido pelo meu acompanhante (se possível), salvo em situações especiais (HIV e Hepatite);

não gostaria que fosse dado banho no bebê nas primeiras 24 horas;

não tenho preferência;

b. Quanto à aplicação de colírio Iodopovidona a 2,5%:(usado para prevenção de conjuntivite por gonococo e clamídia):

não me oponho à aplicação do colírio, nos casos recomendados pelo Ministério da saúde (após parto vaginal e nas bolsas rotas);

não gostaria que fosse aplicado colírio. Para que isso seja possível, sei que é obrigatório que eu já tenha coletado exame vaginal para clamídia e gonococo no final da gestação, e que esses exames sejam negativos;

não tenho preferência;

c. Quanto à administração de vitamina K (para prevenção de hemorragia):

aceito à administração de vitamina K intramuscular;

não aceito, à administração de vitamina K, estou ciente das causas;

d. Quanto à amamentação:

quero amamentar o bebê sob livre demanda;

quero tentar amamentar o bebê em horários fixos;

não quero ou não vou amamentar o bebê;

não me importo em complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, caso esteja prescrito pela equipe assistente;

não tenho preferência;

e. Quanto as vacinas:

Desejo que o NINAR da Prefeitura de Cascavel, realize as vacinas(BCG e Hepatite B) no meu bebê.

sim;

não;

Elaboração Ana Paula Sagrilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Varaschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 7 de 9
--	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

Além de tudo que assinalei acima, gostaria de registrar as seguintes observações e detalhes: _____

Por fim, gostaria de agradecer a atenção e a ajuda de todos em tornar seguro e especial esse momento tão importante. Confio na intenção da equipe obstétrica de seguir esse Plano de Parto, dentro do possível, exceto em situações de emergência que traga risco para mim ou para o meu bebê.

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) paciente e/ou responsável

RG: _____

Nome: _____

Elaboração Ana Paula Sagrilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Varaschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 8 de 9
--	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------

FOR-MAT-003– PLANO DE PARTO

HISTÓRICO DE VERSÕES

Versão	Data da Revisão	Descrição das Alterações
01	24/10/2022	Atualização de template.
02	04/04/2023	Atualização de Design

Elaboração Ana Paula Sagrilo Enfª Coordenadora Maternidade	Aprovação Michelle Váraschim Diretora Clínica	Publicação 28/02/2019	Revisão 24/10/2022	Edição 02	Pág 9 de 9
--	--	---------------------------------	------------------------------	---------------------	----------------------