

ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

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

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 que se administren según el protocolo del centro hospitalario
- No deseo que se aplique la profilaxis oftálmica

OTRAS CUESTIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA SON:

MI PLAN DE PARTO

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Nombre: _____

Apellidos: _____

NHC: _____

Fecha: _____

Profesional que lo recibe: _____

Para más información sobre protocolos de atención al parto en el Hospital de Fuenlabrada, puedes consultar nuestra web:



En este documento podrás expresar tus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información nos será de gran ayuda en el momento del parto ya que facilitará la comprensión del proceso y tu participación activa así como la de tu acompañante. De este modo, evitaremos comunicaciones innecesarias en un momento en el que el estado emocional y físico es más vulnerable.

Este documento ya cumplimentado deberás entregarlo en las consultas de Obstetricia del hospital a tu obstetra o matrona para que sea estudiado. Y posteriormente, si es evaluado favorablemente, deberás entregarlo a la matrona que te reciba cuando ingreses de parto en la urgencia obstétrica.

La asistencia estará sujeta a la situación clínica de cada caso por lo que determinadas situaciones de riesgo detectadas en el embarazo o en el parto pueden obligar a variar la asistencia de lo previamente pactado en el Plan de Parto.

INTIMIDAD

- Deseo que se respete mi derecho a la intimidad y que para ello solo esté presente el personal necesario relacionado con el acto asistencial

INFORMACIÓN Y TOMA DE DECISIONES

- Deseo recibir información sobre la evolución del parto y participar en las decisiones sobre el mismo, tras ser informada
- 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 del parto

ACOMPAÑAMIENTO

- La persona que me acompañará será: _____
- Prefiero estar sola

ESPACIO FÍSICO Y MEDIDAS DE CONFORT

- Siempre que se pueda, me gustaría disponer de iluminación de baja intensidad durante la dilatación y parto
- Desearía poder moverme con libertad durante el parto y poder elegir la posición que prefiera en cada momento
- Me gustaría utilizar monitorización inalámbtrica, si está disponible
- Usaré el camisón del centro
- Prefiero usar mi propia ropa
- Me gustaría escuchar música durante mi proceso de parto que aportaré yo
- Me gustaría disponer de material de confort como esferodinamia o calor local

TRATAMIENTO Y MANEJO DEL DOLOR

- Me gustaría utilizar medidas de analgesia no farmacológica siguiendo las recomendaciones de la matrona que atiende mi parto:
 - Calor local
 - Ducha de agua caliente
 - Inyección de agua estéril
 - Masajes a nivel lumbosacro por parte de mi acompañante
 - Otras: _____
- Me gustaría hacer uso del óxido nitroso, si está disponible
- Me gustaría que se me administrara analgesia epidural durante el trabajo de parto
- Me gustaría que mi acompañante participara activamente

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
- Deseo que me realicen el mínimo número necesario de tactos vaginales para valorar la evolución del parto

EXPULSIVO

- Quiero elegir cómo y cuándo empujar, según lo que sea más cómodo para mí el día del parto
- En caso necesario, quiero que la matrona me ayude a conocer cómo y cuándo tengo que empujar
- Quiero decidir la posición en el momento del parto de acuerdo con mi confort
- Quiero usar un espejo para ver nacer a mi hijo

CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL Y ALUMBRAMIENTO

- Desearía, si es posible, que mi pareja corte el cordón umbilical
- He autorizado la extracción de sangre de cordón para su donación
- Me gustaría que se realizara un pinzamiento tardío del cordón umbilical
- Quiero alumbramiento dirigido con la administración de oxitocina
- Quiero optar por un alumbramiento sin fármacos, es decir, espontáneo

REALIZACIÓN DEL CONTACTO PIEL CON PIEL

- Salvo que las circunstancias lo requieran, deseo tener a mi hijo/a en contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento
- Si yo no puedo hacerlo, deseo que se consulte 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
- En el supuesto de que sea necesario un suplemento, me gustaría utilizar:
 - Técnica dedo-jeringa
 - Técnica dedo-sonda
 - Suplementador
 - Vaso
 - Cuchara
 - Biberón (método Kassing)