|  |  |
| --- | --- |
|  | Parto vaginal |
|  | Cesariana |
|  | VBAC  |
|  | Parto na aguaImersão em agua durante o trabalho de parto  |
|  | Diabetes gestacionalStrep B positivoMedicação xxxCondição medica xxx |
|  | Conhecer pediatraConhecer Obstetra  |
|  | Guardar Placenta |
|  | Doação de sangue de cordão Colheita privada de sangue de cordão  |
|  | Epidural OKFluidos Intravenosos OKAumento do trabalho de parto por ocitocina OKOcitocina artificial para expulsão da placenta OK |
|  | Não autorizo Epidural Não autorizo fluidos Intravenosos Não autorizo aumento do trabalho de parto por ocitocina Não autorizo ocitocina artificial para expulsão da placenta |
|  | Não autorizo Epidural Não autorizo fluidos Intravenosos Não autorizo aumento do trabalho de parto por ocitocina Não autorizo ocitocina artificial para expulsão da placenta |
|  | Não mencionar alivio de dor farmacológica se não for pedido Ocitocina artificial para expulsão da placenta somente apos xxx minutos |
|  | Estudantes/Estagiários OK |
|  | Não autorizo Estudantes/Estagiários  |
|  | Luzes OK |
|  | Luzes reduzidas |
|  | Espelho para quando o bebe coroar |
|  | Episiotomia apos explicação medica OK  |
|  | Não autorizo episiotomia |
|  | Fluidos intravenosos OK |
|  | Não autorizo fluidos intravenosos |
|  | Não autorizo rotura de membranas |
|  | Monitoramento intermitente  |
|  | Clampeamento tardio de cordão |
|  | Parceiro de nascimento corta o cordão |
|  | Tocar na cabeça do bebe ao coroarMãe/parceiro de parto recebe o bebé |
|  | Silencio por favorEvitar conversas desnecessárias |
|  | Limitar numero de pessoas na sala de nascimento |
|  | Liberdade de movimento durante o trabalho de partoLiberdade de escolha de posição de nascimento |
|  | Liberdade de movimento durante o trabalho de partoLiberdade de escolha de posição de nascimento |
|  | Contacto pele a pele imediato com a mãe ou parceiro de nascimento |
|  | Banho ao bebé OK  |
|  | Não autorizo banho ao bebé |
|  | Bebé sempre com a mãe ou parceiro de nascimento  |
|  | Discutir e pedir consentimento para quaisquer procedimentos com o bebé |
|  | Não autorizo medicação, vacinação, alimentação ao bebé sem discussão previa e consentimento informado  |
|  | Circuncisão OK |
|  | Não autorizo circuncisão  |
|  | Banho ao bebé OK |
|  | Colírio oftálmico OK |
|  | Colírio oftálmico apos xx minutos/horas OK |
|  | Não autorizo colírio oftálmico  |
|  | Não autorizo medicação ou vacinação ao bebé  |
|  | Não autorizo a introdução de chucha |
|  | Leite artificial OK |
|  | Amamentação na primeira hora Apoio de CAM |

http://www.visualbirthplanbuilder.com/