

Mi plan de parto y Nacimiento

Formulario



hm hospitales

Ser Madre

Datos de la Madre

Nombre: _____

Apellidos: _____

Edad: _____ N° de hijos: _____

Nombre del Ginecólogo/a o equipo: _____

Fecha probable del Parto (FPP): _____

Embarazo único: Embarazo múltiple:

Antecedentes personales y obstétricos de interés: _____

Tlf. de contacto: _____ E-mail: _____

Mis preferencias para el parto

• Sobre el acompañamiento

Deseo estar acompañada por: _____

• Necesidades especiales por motivo de cultura, idioma o alguna discapacidad (auditiva o visual, etc.)

Tengo las siguientes necesidades o circunstancias que desearía se tuvieran en cuenta durante el proceso de mi parto. (indicar si vendrá acompañada por traductora u otro acompañante)

• Intimidad

Para garantizar el derecho a la intimidad de la mujer, sólo intervendrán en el parto las personas necesarias. Los centros pertenecientes a HM Hospitales tienen personal en formación que pueden actuar, siempre bajo supervisión del profesional médico responsable. En todos los casos se informará y solicitará consentimiento a la mujer para la presencia o participación de estas personas.

• Ambiente durante el proceso de parto

La fase de dilatación se suele realizar en la habitación. Se puede acondicionar el ambiente regulando la iluminación, usar el material del centro para apoyar la dilatación (pelotas, cojines, colchonetas...)

• **Durante la fase de dilatación**

- Deseo llevar ropa propia.
- Administración de enema.
- Rasurado de vello púbico.
- Deseo que se me informe antes de administrarme oxitocina u otros fármacos.
- Poder deambular y moverme libremente (mientras no esté con analgesia epidural).
- Utilizar pelotas, cojines, colchoneta...*
- Deseo beber líquidos isotónicos.
- Deseo utilizar mi propio material de apoyo:

• **Métodos para aliviar el dolor**

Ofrecemos pequeño material, apoyo para la relajación y el uso de agua caliente durante la dilatación como analgésico natural.

- En principio, deseo analgesia epidural.
- Prefiero decidirlo durante el parto.
- No deseo analgesia epidural.
- Poder escuchar música, trayendo yo el aparato, en caso necesario.
- Deseo otros tipos de analgesia.

“No hay nada más natural que elegir lo mejor para mí y mi bebé”

“Estoy diseñada para traer a mi bebé al mundo”

• **Durante el periodo expulsivo**

- Utilizar mesa articulada de partos que permita adoptar diferentes posturas (sentada, en cuclillas...)*
- Deseo elegir la postura en el expulsivo, consensuado con mi ginecólogo/a.
- Cuando esté en dilatación completa no comenzar a empujar hasta que no tenga ganas.
- Tener un espejo en el momento del nacimiento.
- Deseo que se realice el corte de cordón tardío (no cortarlo hasta que deje de latir).
- Deseo que mi acompañante, si es posible, corte el cordón umbilical.
- He solicitado la conservación de sangre del cordón umbilical.

• **En caso de nacimiento por cesárea**

- Deseo tener contacto piel con piel con mi bebé lo antes posible.
- Deseo estar acompañada también durante la cesárea por la persona de mi elección.*
- En caso de que se haya utilizado anestesia general, deseo que mi bebé sea entregado a la persona que me acompaña y que pueda realizar con ella el contacto piel con piel.
- Deseo iniciar la lactancia materna lo antes posible, si el estado del bebé y el mío lo permiten.
- Prefiero llevar mis gafas durante la operación.

• **Atención al recién nacido**

- Tener contacto piel con piel de forma precoz.
- Que los primeros cuidados del bebé se realicen sin separarlo de mí.
- Deseo realizar yo misma los cuidados e higiene de mi bebé, con la ayuda de mi acompañante.
- Quiero que mi bebé permanezca conmigo en la habitación.
- Deseo consensuar el calendario vacunal con mi pediatra, una vez hayamos sido dados de alta.



• **Observaciones o indicaciones que no figuren en las opciones anteriores:**

• **Lactancia**

- Iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible.
- No deseo dar el pecho a mi bebé.
- Tomaré la decisión más adelante.
- No dar al bebé ningún otro tipo de alimentación si no es por un problema de salud. Deseo que se me consulte antes de hacerlo.
- No facilitar al bebé chupetes, tetinas, suero etc. sin mi consentimiento.

Te ofrecemos además asesoramiento por parte de personal con formación específica en lactancia materna.

• **Observaciones de la matrona que revisa el Plan de Parto y Nacimiento:**

Datos de la Matrona

Nombre: _____

Más información:

900 103 032

maternidad.hmnd@mail.hmhospitales.com

hmnoudelfos.com