



# Plano de Parto Hospital Unimed

Data: \_\_\_\_\_

Gestante: \_\_\_\_\_

Nome Bebê: \_\_\_\_\_

Obstetra: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_



## 1) Tipo de parto que deseja:

Vaginal  Cesárea

## 2) Desejo que me acompanhe durante a internação

Marido/ parceiro/ pai do bebê;

Mãe;

Filha(o) maior de 18 anos;

Amigo(a);

Outro;

Nenhum

Nome acompanhante: \_\_\_\_\_

## 3) Terei uma doula me acompanhando (Lei 16.869 de 2016):

Sim  Não

Nome Doula: \_\_\_\_\_

## 4) Desejo que meu parto seja fotografado

Sim  Não

Nome Fotógrafo: \_\_\_\_\_

## 5) Em caso de parto vaginal, desejo ter como opção os seguintes métodos de alívio da dor:

Massagens;

Orientação sobre técnica de respiração

Liberdade de movimentar/andar caso eu queira

Liberdade na escolha da posição;

Exercícios na bola;

Banho chuveiro/banheira;

Analgesia medicamentosa por anestesia quando necessário;

## 6) Sei da importância de manter hidratada e de me alimentar. Portanto durante o trabalho de parto desejo ingerir alimentos tais como:

Água  Sucos  Chás  Gelatina

## 7) Desejo que comuniquem a mim e ao meu acompanhante toda intervenção necessária

Sim  Não

## 8) Desejo os seguintes cuidados com o ambiente:

Ambiente com pouca luminosidade;

Ambiente claro;

Ouvir música;

Pouco barulho;

Privacidade

## 9) A posição na hora do nascimento pode ser escolhida pela mulher. Gostaria de ter as seguintes opções:

Sentada/ Cócoras (banqueta)

Semi-sentada com a cabeceira elevada;

De quatro apoios;

Outros: \_\_\_\_\_

## 10) Sei que a recomendação do Ministério da saúde é a realização do toque vaginal a cada 4 horas. Se necessário o toque com maior frequência, comuniquem a mim e ao meu acompanhante:

Sim  Não

## 11) Assim que o bebê nascer, gostaria:

Pegar meu bebê;

Receber meu bebê somente quando estiver pronta;

Iniciar a amamentação o mais rápido possível e dentro da 1ª hora de vida;

Se estiver tudo bem, ter pelo menos uma hora contínua com meu bebê;

## 12) Quanto ao corte do cordão umbilical, (desejo que seja feito em tempo oportuno independente do tipo de parto):

Pelo profissional;

Por mim mesma;

Pelo meu acompanhante.

## 13) Se possível gostaria que fosse realizado carimbo da placenta:

Sim  Não

## 14) Se possível gostaria de levar minha placenta, mediante assinatura do termo de entrega proposto pela instituição

Sim  Não

Assinatura

Plano de Parto Recebido por: \_\_\_\_\_

Obstetra ciente: \_\_\_\_\_

Pediatra ciente: \_\_\_\_\_