

xxxxx

DNI xxxxx

direccion

tlf

mail

HOSPITAL xxxx

ATT: ATENCIÓN AL USUARIO

CC: SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SERVICIO NEONATOLOGÍA

Lugar, Fecha.

ASUNTO: REMISIÓN PLAN DE PARTO

Yo, xxxxx, con DNI xxxxx comunico mediante este documento, mis preferencias en relación a mi próximo parto, que tendrá lugar en las instalaciones de su centro hospitalario.

En caso de ser necesaria alguna de las prácticas para las que no doy mi consentimiento en este documento, será imprescindible informarme previamente de su necesidad y de las posibles consecuencias de su aceptación o no, así como recabar mi consentimiento expreso para su aplicación.

A continuación paso a indicar mis deseos en relación a cada etapa del parto y en relación a los cuidados del recién nacido.

Dilatación:

No consiento que se me practique la maniobra de Hamilton.

Deseo que la monitorización fetal sea externa e intermitente y que me permita deambular y adoptar la postura que considere oportuna.

Deseo poder beber y comer alimentos ligeros.

Deseo poder escuchar música.

Deseo que el número de tactos a realizar sea el mínimo posible (frecuencia mínima, 4 horas).

Deseo poder estar acompañada por mi pareja y otro acompañante.

No deseo vía intravenosa.

No deseo oxitocina sintética intravenosa si la dinámica de dilatación es buena. En caso de que fuera necesaria, se me administrará la menor cantidad posible y se comprobará si se mantiene una buena dinámica al retirarla.

Deseo que se me ofrezcan tratamientos para aliviar el dolor distintos a la anestesia epidural si así llego a solicitarlo.

En caso de que solicite anestesia epidural deseo comenzar con la menor dosis posible, e ir subiendo si fuera necesario.

No consiento que se me rompa artificialmente la bolsa amniótica.

Expulsivo:

Dado lo delicado de esta etapa y las posibles incidencias que pueden surgir, mi pareja será quien sea informado de cada procedimiento si yo no tuviera el suficiente nivel de alerta.

En caso de que no esté anestesiada y pueda moverme con libertad, deseo adoptar la postura que desee.

Si la postura lo permite deseo recoger yo misma al recién nacido. Si no fuera posible me gustaría poder ver cómo sale al exterior.

No permito que se me efectúe episiotomía.

No permito que se me practique la maniobra de Kristeller.

En caso de no estar anestesiada, no deseo que se dirijan los pujos.

En caso de que fuera necesario instrumental en el parto deseo ser consultada con antelación de las circunstancias que lo hacen necesario.

Alumbramiento:

No deseo que se me suministre medicación alguna para alumbrar la placenta si el bebé se prende con rapidez al pecho y la placenta es alumbrada rápidamente y en buen estado.

Cesárea:

En caso de que fuera necesario practicar una cesárea:

Deseo estar consciente en la operación. No consiento que se me inmovilicen los brazos.

Agradeceré que el personal que participe en la cesárea guarde silencio a lo largo del proceso y que las luces se bajen cuando saquen al bebé.

Deseo que cuando vayan a extraer al bebé se me permita verle salir, bajando el campo estéril.

Deseo que si el estado del bebé lo permite, todas las operaciones posteriores a su salida me sean efectuadas con el bebé en mi pecho.

Deseo estar acompañada del bebé y de su padre en reanimación.

Cuidados del Recién Nacido:

No deseo que el bebé sea separado de mí en ningún momento.

El cordón no será pinzado hasta que deje de latir.

No será lavado y las pruebas a realizar querría que se efectuaran con el bebé colocado sobre mí. No se le introducirán sondas por ninguna vía, ni se le aspirarán secreciones, a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología.

En relación a los procedimientos médicos a efectuar al recién nacido autorizamos: vitamina K inyectada. No deseo que la profilaxis oftalmológica sea administrada antes de las 2 primeras horas de vida.

Deseo que el bebé reciba lactancia materna estrictamente exclusiva. En caso de que la misma no fuera posible se solicitará nuestra autorización para cualquier suministro oral de leche o suero.

En caso de que fuera necesaria la separación del bebé no autorizamos que le sean ofrecidos chupetes ni tetinas.

En caso de que mi estado no lo permitiera, deseo que el bebé esté a cargo de su padre en todo momento.

Y para que conste así lo firmo en lugar, a fecha .

Atentamente,

xxxxxxxxxx