

PLAN DE PARTO

MADRE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

ACOMPANANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DOCTOR/A:

FECHA DE PARTO:

Dirigido al Servicio de Neonatología y Unidad de Obstetricia del NOMBRE DE LA CLÍNICA.

Nos gustaría que le hicieran llegar nuestro plan de parto al Servicio de Obstetricia, con el fin de darles a conocer cuál es nuestra voluntad en lo que se refiere a la atención que deseamos recibir.

FASE DE DILATACIÓN



TACTOS VAGINALES
MÍNIMO POSIBLES Y
SOLO REALIZADOS POR
MI OBSTETRA



MONITORIZACIÓN
FETAL INTERMITENTE



QUE SE FOMENTE UN
AMBIENTE DE
SILENCIO Y BAJA LUZ



DEAMBULAR
LIBREMENTE



MASAJE, PELOTA
Y AROMATERAPIA



EVITAR EL USO
DE PITOCIN
PARA
ACELERAR LA
DILATACIÓN



USO DE ENEMA
ANTES DEL PARTO



ANESTESIA
EPIDURAL CUANDO
LA SOLICITE

FASE DE EXPULSIVO Y NACIMIENTO



ADOPTAR LA
POSTURA QUE
YO DESEE



PUJOS
LIBREMENTE, SIN
QUE SE ME DIRIJA



POSTERGAR
PESO Y TALLA



CONSERVAR MI
PLACENTA, ENTREGAR
A MI DOULA



APEGO PIEL CON PIEL
ININTERRUMPIDO EN
LA HORA SAGRADA



LACTANCIA
MATERNA
EXCLUSIVA



CESÁREA EN CASO
DE EMERGENCIA



CORTE TARDÍO DE
CORDÓN (90
SEGUNDOS) REALIZADO
POR MI PAREJA

OTRAS OBSERVACIONES: