



خطة الولادة

سوف يمنحك تجهيز خطة ولادة أنت وشريكك الفرصة للتفكير في الاختيارات المتنوعة المتاحة أثناء المخاض والولادة. احرصي على مناقشة رغباتك ومخاوفك مع طبيبك أو القابلة أو الممرض الممارس المتخصص (SNP) قبل الولادة.

naître
ET grandir

1 اسمي:

أثناء الولادة، سوف يصحبني:

2 التفضيلات أثناء المخاض:

الموسيقى

الإضاءة الخافتة

العلاج بالروائح

ارتداء ملابس خاصة

القدرة على تناول الطعام والشراب عندما أريد

القدرة على الحركة بحرية

3 تفضيلات إضافية:

إبلاغي بجميع التدخلات قبل تنفيذها

تقييد عدد العاملين الذين يدخلون ويخرجون من غرفتي

عدم إدخال طلاب الطب إلى الغرفة إن أمكن

استخدام الأجهزة المحمولة فقط لفحص حالة رضيعي

بصفة دورية

الإبقاء على مستوى صوت أجهزة المتابعة منخفضًا

لمساعدتي على الاسترخاء

4 التفضيلات المتعلقة بالفحوص المهبليّة:

يتم تنفيذها بناءً على طلبي فقط

يتم تنفيذها عندما يرى الفريق الطبي أنها ضرورية

7 التدخلات التي أفضل تجنبها إن أمكن:

anesthésie locale à la poussée

شق الفرج

جيل أو حشوة البروستاتين

قسطرة البالون

المبضع أو التفريغ الخوائي

التخدير الموضعي أثناء مرحلة الدفع

5 أساليب تسكين الألم المفضلة:

التنويم المغناطيسي الذاتي

الاستحمام أو الدش

بكرة التمارين

حقن المياه المعقمة

التدليك

أسلوب بوناباس

علم ردود الفعل أو العلاج بالإبر

زجاجة مياه ساخنة أو الحقيبة السحرية

أساليب التنفس والاسترخاء

التحفيز الكهربائي للأعصاب عبر الجلد

8 أساليب التحفيز المفضلة في حال تباطؤ المخاض:

المشي والحركة

علم ردود الفعل

بضع السلى

تحفيز الثدي

الاستحمام أو الدش

حقن أوكسيتوسين الصناعي

أفضل تجنب التحفيز الصناعي والسماح لرضيعي بالخروج بشكل طبيعي

6 التفضيلات المتعلقة بأساليب تسكين الألم الدوائية (أكسيد النيتروس، المهدئات، فوق الجافية):

يتم تقديمها لتسكين الألم حسب الضرورة

يتم تقديمها فقط إذا طلبتها

شرح المزايا والعيوب لكل أسلوب لي

التالي ↓

خطة الولادة

9 الأوضاع المفضلة عندما يحين وقت الدفع:

اليدان والركبتان

الميل للخلف

الاستلقاء على الجانب

الجلوس أو شبه الجلوس

الوقوف

وضع قائم

10 التفضيلات في مرحلة الدفع:

تجهيز امرأة بحيث يمكنني مشاهدة الولادة

استخدام مقعد توليد

وضع كمادات ساخنة على منطقة العجان

السماح لشريك ولادتي بالمشاركة

توجيهي بشأن كيفية الدفع

السماح لي بالدفع من خلال اتباع غريزتي

عدم توجيه إرشادات بصوت مرتفع يمكن أن تشتتني

11 التفضيلات في حال الحاجة إلى جراحة قيصرية:

الرعاية التحضيرية (حلاقة الشعر والقسطرة البولية) التي يتم تقديمها بعد التخدير

حضور شريك الولادة أثناء الجراحة

12 التفضيلات بمجرد ولادة رضيعي:

إحضار رضيعي إليّ في الحال لبدء ملامسة بشرته

احتضان شريك ولادتي لرضيعي إذا لم أكن جاهزة لذلك

الانتظار لمدة دقيقتين بعد الولادة قبل الربط وقطع الحبل السري

السماح لي بقطع الحبل السري بنفسني

السماح لشريك ولادتي بقطع الحبل السري

13 أوافق على حصول رضيعي على الرعاية الطبية التالية:

إسفلط مجرى الهواء (الأنف والفم)

الاستحمام بعد 24 ساعة من عمره

حقن فيتامين "ك" في الفخذ

مرهم مضاد حيوي في العينين

أود أن تتم هذه الإجراءات لي وفحص رضيعي بعد الرضاعة الطبيعية للمرة الأولى

14 التفضيلات المتعلقة بإخراج المشيمة:

حقن أوكسيتوسين لتسريع إخراج المشيمة

إخراج طبيعي، بدون تدخل

إعادتها لي بعد إخراجها

15 التفضيلات المتعلقة بالتغذية:

الرضاعة الطبيعية (بدون تركيبة حليب الرضع)

الرضاعة الطبيعية واستخدام تركيبة حليب الرضع فقط بإذني

تركيبة حليب الرضع

الحصول على زيارة من استشاري رضاعة طبيعية إذا كنت أواجه صعوبة في الرضاعة الطبيعية

16 الرجاء ملاحظة المعلومات الإضافية التالية:

توقيع الأم

توقيع الشريك

توقيع الطبيب أو القابلة أو الممرض الممارس المختص (SNP)



PLAN DE NAISSANCE

La préparation d'un plan de naissance vous donnera l'occasion de réfléchir avec votre partenaire aux divers choix qui s'offrent à vous durant le travail et l'accouchement. Assurez-vous de discuter de vos souhaits et de vos inquiétudes avec votre médecin, votre sage-femme ou votre infirmière praticienne spécialisée (IPS) avant l'accouchement.

naître
ET grandir

1 JE M'APPELLE :

PENDANT MON ACCOUCHEMENT, JE SERAI
ACCOMPAGNÉE PAR :

2 PENDANT LE TRAVAIL, J'AIMERAIS :

écouter de la musique;
que les lumières soient tamisées;
utiliser l'aromathérapie;
porter mes propres vêtements;
pouvoir manger et boire si j'en ressens le besoin;
pouvoir me déplacer librement.

3 JE SOUHAITERAIS AUSSI :

être informée de toutes les [interventions](#) avant qu'elles soient posées;
qu'on limite le va-et-vient du personnel dans ma chambre;
éviter la présence d'étudiants en médecine;
qu'on utilise uniquement des appareils portatifs de façon intermittente pour vérifier l'état de mon bébé;
que le volume des moniteurs soit bas afin de favoriser ma détente.

4 J'APPRÉCIERAI SI LES [EXAMENS VAGINAUX](#) ÉTAIENT FAITS :

à ma demande seulement;
lorsque l'équipe médicale le juge nécessaire.

5 POUR SOULAGER LA DOULEUR, J'AIMERAIS AVOIR RECOURS AUX MÉTHODES SUIVANTES :

[autohypnose](#)
[bain/douche](#)
[ballon thérapeutique](#)
[injections de papules d'eau stérile](#)
[massages](#)
[méthode Bonapace](#)
[réflexologie ou acupression](#)
[sac magique ou bouillotte](#)
[techniques de relaxation et de respiration](#)
[TENS](#)

6 EN CE QUI CONCERNE LES MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ([PROTOXYDE D'AZOTE](#), CALMANT, [ÉPIDURALE](#)), JE PRÉFÉRERAI :

qu'on me les offre pour soulager la douleur au besoin;
qu'on ne me les offre pas à moins que j'en fasse la demande;
qu'on m'explique les avantages et les inconvénients de chaque méthode.

7 DANS LA MESURE DU POSSIBLE, JE SOUHAITERAIS ÉVITER LES INTERVENTIONS SUIVANTES :

anesthésie locale à la poussée
[épisiotomie](#)
[gel ou tampon de prostaglandines](#)
[ballonnet](#)
forceps ou ventouse
[installation d'un soluté](#) ou accès veineux

8 SI LE TRAVAIL RALENTIT, J'AIMERAIS QU'ON PRIVILÉGIE LES TECHNIQUES SUIVANTES POUR LE [STIMULER](#) :

la marche et le mouvement;
la réflexologie;
[la rupture artificielle des membranes](#);
la stimulation des seins;
le bain ou la douche;
[l'injection d'ocytocine synthétique](#).
Je préférerais qu'on évite la stimulation artificielle et qu'on laisse au bébé le temps dont il a besoin.

SUITE ↓

PLAN DE NAISSANCE

9 LORSQUE VIENDRA [LE TEMPS DE POUSSER](#), J'AIMERAIS UTILISER LES POSITIONS SUIVANTES :

- accroupie
- à quatre pattes
- couchée sur le dos
- debout
- semi-assise
- sur le côté

10 POUR M'AIDER À POUSSER, JE SOUHAITE :

- utiliser un miroir pour voir arriver mon bébé;
- utiliser un banc de naissance;
- qu'on applique des compresses chaudes sur mon périnée;
- que la personne qui m'accompagne participe;
- qu'on me conseille sur la façon de pousser;
- qu'on me laisse pousser selon mon instinct;
- qu'on ne me donne pas d'instructions à haute voix qui pourraient me déconcentrer.

11 SI UNE [CÉSARIENNE](#) S'AVÉRAIT NÉCESSAIRE, JE PRÉFÉRERAI :

- que les soins préparatoires (rasage, sonde urinaire) soient faits après l'administration de l'anesthésie;
- que la personne qui m'accompagne assiste à la chirurgie.

12 À LA NAISSANCE DE MON BÉBÉ, J'AIMERAIS :

- qu'il soit déposé immédiatement en peau à peau sur mon ventre;
- qu'il soit remis à la personne qui m'accompagne si je suis inconfortable;
- qu'on attende deux minutes après la naissance avant de clamber et couper le cordon;
- couper moi-même le cordon;
- que la personne qui m'accompagne coupe le cordon.

13 J'ACCEPTÉ QUE MON BÉBÉ REÇOIVE LES SOINS SUIVANTS :

- aspiration des sécrétions (nez, bouche);
- bain après 24 heures de vie;
- injection de vitamine K dans la cuisse;
- onguent antibiotique dans les yeux.

Je voudrais que ces soins et l'examen du bébé aient lieu après la première tétée et qu'ils soient faits sur moi.

14 POUR [L'EXPULSION DU PLACENTA](#), J'AIMERAIS :

- recevoir une injection d'ocytocine pour accélérer l'expulsion;
- que l'expulsion soit naturelle et sans intervention du personnel soignant;
- que le [placenta me soit remis après l'accouchement](#).

15 JE SOUHAITE :

- allaiter mon bébé et qu'il ne reçoive pas de suppléments de préparations lactées;
- allaiter mon bébé et qu'on lui offre des suppléments de préparations lactées seulement avec mon autorisation;
- nourrir mon bébé avec des préparations lactées;
- recevoir la visite d'une consultante en lactation si j'éprouve des difficultés avec mon allaitement.

16 JE CROIS QUE L'INFORMATION SUIVANTE VOUS SERA UTILE :

Signature de la mère

Signature du conjoint ou de la conjointe

Signature du médecin, de la sage-femme ou de l'IPS