



# 分娩计划

准备分娩计划将使您和您的伴侣有机会思考分娩和分娩期间可有的各种选择。请务必在分娩前与您的医生、助产士或专业执业护士 (SNP) 讨论您的意愿和疑虑。

naître  
ET grandir

## 1 我的名字是:

\_\_\_\_\_

在我分娩期间, 我将由以下人员陪同:

\_\_\_\_\_

## 2 分娩时的偏好:

- 音乐
- 灯光调暗
- 芳香疗法
- 穿自己的衣服
- 可以在我想要的时候进食或喝水
- 能够自由移动

## 3 其他偏好:

- 在执行所有干预措施之前通知我
- 限制进出我房间的工作人员人数
- 尽可能不让医学生进入房间
- 仅使用手持设备定期检查我宝宝的状况
- 将显示器的音量保持在较低水平以帮助我放松

## 4 关于阴道检查的偏好:

- 仅应我的要求执行
- 在医疗团队认为有必要时执行

## 5 首选的疼痛缓解方法:

- [沐浴或淋浴](#)
- [Bonapace 方法](#)
- [呼吸和放松技巧](#)
- [健身球](#)
- [热水袋或魔术袋](#)
- [按摩](#)
- [反射疗法或穴位按摩](#)
- [自我催眠](#)
- [无菌水注射](#)
- [TENS](#)

## 6 关于药物止痛方法 (一氧化二氮、镇静剂、硬膜外) 的偏好:

- 必要时提供以缓解疼痛
- 仅在我要求时提供
- 向我解释每种方法的优缺点

## 7 如果可能, 我希望避免的干预措施:

- 球囊导管
- 会阴切开术
- 产钳或真空
- IV
- 推进期局部麻醉
- 前列腺素凝胶或插入物

## 8 分娩速度减慢时首选的刺激技术:

- 步行和运动
- 反射疗法
- 羊膜穿刺术
- 乳房刺激
- 沐浴或淋浴
- 注射合成催产素
- 我更愿意避免人工刺激, 让我的宝宝自然出生

# 分娩计划

## 9 需要推进时的首选体位:

- 双手和膝盖
- 斜倚
- 侧躺
- 坐或半坐
- 蹲
- 直立

## 10 推进期的偏好:

- 准备一面镜子,这样我可以看到分娩过程
- 使用分娩凳
- 对会阴部进行热敷
- 让我的分娩伴侣参与
- 建议我如何推进
- 让我按照我的直觉推进
- 不采用会分散我注意力的大声指示

## 11 需要剖宫产时的偏好:

- 在施用麻醉剂后再进行准备护理(备皮、导尿管)
- 手术期间分娩伴侣在场

## 12 我的宝宝出生后的偏好:

- 立即将我的宝宝带到我身边,开始皮肤接触
- 如果我还没有准备好,让我的分娩伴侣抱着我的宝宝
- 分娩后等待两分钟再夹住并剪断脐带
- 让我自己来剪断脐带
- 让我的分娩伴侣剪断脐带

## 13 本人同意,我的宝宝将接受以下医疗护理:

- 气道抽吸(鼻子、嘴巴)
- 出生 24 小时后沐浴
- 大腿注射维生素 K
- 给予抗生素眼药膏
- 本人希望这些程序和我宝宝的检查在第一次喂食后进行,并在我身上完成

## 14 关于胎盘娩出的偏好:

- 注射催产素以加快胎盘娩出
- 自然娩出,无需干预
- 娩出后交回给我

## 15 喂食偏好:

- 母乳喂养(无婴儿配方奶粉)
- 母乳喂养,仅在我允许的情况下使用婴儿配方奶粉
- 婴儿配方奶粉
- 如果我在母乳喂养时遇到困难,请哺乳顾问探访

## 16 请注意以下附加信息:

\_\_\_\_\_  
母亲签名

\_\_\_\_\_  
伴侣签名

\_\_\_\_\_  
医生、助产士或 SNP 签名



# 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