



# जन्म योजना

जन्म योजना तैयार करने से प्रसव और जन्म के दौरान आपके लिए उपलब्ध विभिन्न विकल्पों पर अपने साथी के साथ विचार-विमर्श किया जा सकता है। प्रसव से पहले, अपने डॉक्टर, दाई, या विशेषज्ञ नर्स प्रैक्टीशनर (SNP) के साथ अपनी इच्छाओं और चिंताओं पर चर्चा करना सुनिश्चित करें।

naître  
ET grandir

## 1 मेरा नाम है:

मेरी डिलीवरी के दौरान,  
मैं इसके साथ होगी:

## 2 प्रसव के दौरान, मेरी वरीयताएं:

संगीत सुनना  
रोशनी मद्धम हो  
सुगंध चिकित्सा का उपयोग हो;  
अपने कपड़े पहनना  
जरूरत पडने पर मैं स्वा-पी सकूँ  
आसानी से चल-फिर सकूँ

## 3 अतिरिक्त वरीयताएं:

उपयोग किए जाने से पहले सारे उपकरण मेरे सामने रखे जाएं  
हमारे कमरे में स्टाफ की आवाजाही सीमित हो  
संभव हो तो मेडिकल विद्यार्थी मेरे कमरे से बाहर रहें  
मेरे बच्चे की स्थिति को देखने के लिए हाथों से उपयोग किए जाने वाले उपकरण ही उपयोग किए जाएं  
मेरे आराम का ध्यान रखते हुए मॉनीटर्स की आवाज़ को कम रखा जाए

## 4 योनि परीक्षण संबंधी वरीयताएं:

केवल मेरे अनुरोध पर;  
जब मेडिकल टीम इसे आवश्यक समझती है

## 5 दर्द से आराम के लिए विधियों की वरीयता:

स्व सम्मोहन  
शॉवर या स्नान  
व्यायाम बॉल  
स्टराइल वॉटर के इंजेक्शन  
मालिश  
बोनापेस विधि  
रिफ्लेक्सोलॉजी या एक्यूप्रेसर  
मैजिक बैग या गर्म पानी की बोतल  
विश्राम और साँस लेने की तकनीक  
TENS

## 6 फार्माकोलॉजिकल दर्द राहत विधियों (नाइट्रस ऑक्साइड, सेडेटिव, एपिड्यूरल) के बारे में वरीयताएं:

यदि आवश्यक हो तो दर्द को कम करने के लिए उन्हें मुझे दिया जाए

जब तक मैं अनुरोध नहीं करती, तब तक वे मुझे न दिए जाएं

मुझे प्रत्येक विधि के फायदे और नुकसान समझाएं।

## 7 वे हस्तक्षेप जिनसे यथासंभव बचना है:

पुश करने के दौरान लोकल एनेस्थीसिया  
एपिसियटोमी  
प्रोस्टाग्लैंडीन जेल या बफर  
बलून कैथेटर  
फोरसेप्स या वैक्यूम  
IV

## 8 यदि लेबर धीमा हो जाए तो निम्नलिखित प्रेरक तकनीकें वरीय होंगी:

चलना और गति;  
रिफ्लेक्सोलॉजी;  
झिल्ली का कृत्रिम टूटना;  
स्तन उत्तेजना;  
स्नान या शॉवर;  
सिंथेटिक ऑक्सीटोसिन का इंजेक्शन।  
मैं पसंद करूंगी कि हम कृत्रिम उत्तेजना से बचें और बच्चे को समय दिया जाए जिस की उसको जरूरत है।

अगला ↓

# जन्म योजना

## 9 पुश करने का समय आने पर वरीय स्थितियाँ:

हाथों व घुटनों के बल  
पीठ के बल लेटना  
सीधा  
अधलेटी स्थिति  
करवट में लेटना  
अपराइट

## 10 पुश करने का समय आने पर वरीयताएं:

बच्चे को आता देखने के लिए एक शीशा तैयार रहे  
जन्म देने वाली स्टूल का उपयोग हो  
मूलाधार पर गर्म कंप्रेस लगाए जाएं  
मेरे साथ आने वाला व्यक्ति उपस्थित रहे  
पुश करने की मुझे सलाह दी जाए  
मुझे अपनी वृत्ति के अनुसार बढ़ने दिया जाए  
मुझे जोर से निर्देश नहीं दिए जाए ताकि मैं विचलित न हूँ

## 11 यदि सिजेरियन जरूरी हो जाए तो मेरी वरीयताएं:

एनेस्थीसिया दिए जाने के बाद मेरी तैयारी (जैसे शेविंग,  
यूरिन का कैथेटर) की जाए  
मेरे साथ आने वाला व्यक्ति सर्जरी में भाग ले

## 12 जब मेरा बच्चा पैदा होता है, मुझे पसंद होगा :

कि त्वचा से त्वचा संपर्क के लिए उसे तुरंत मेरे पेट  
पर रखा जाए  
अगर मैं असहज हूँ तो उससे उस व्यक्ति को दिया  
जाए जो मेरे साथ है  
कि गर्भनाल को क्लैप करने और काटने से पहले  
जन्म के दो मिनट बाद इंतजार किया जाए  
कि मैं अपने आप गर्भनाल काटूँ  
कि वह व्यक्ति जो मेरे साथ है गर्भनाल को काटें।

## 13 मैं सहमत हूँ कि मेरे बच्चे को निम्नलिखित देखभाल प्राप्त हो:

वायु मार्ग चूषणक्षा (नाक, मुँह);  
जन्म के 24 घंटे के बाद स्नान;  
जांघ में विटामिन K का इंजेक्शन;  
आंखों में एंटीबायोटिक मरहम।  
ये प्रक्रियाएं और मेरे बच्चे की जांच बच्चे को पहले  
स्तनपान के बाद की जाएं

## 14 प्लेसेंटा के निष्कासन के लिए, मैं चाहती हूँ:

निर्वासन में तेजी लाने के लिए ऑक्सीटोसिन का एक  
इंजेक्शन लगाया जाए  
कि डिलेवरी नैचुरल हो, बिना किसी हस्तक्षेप के  
कि प्लेसेंटा को मुझे बच्चे के जन्म के बाद वापस कर दिया  
जाए।

## 15 स्तनपान संबंधी वरीयताएं:

स्तनपान (कोई इन्फैंट फार्मूला नहीं)  
स्तनपान और इन्फैंट फार्मूला केवल मेरी अनुमति से  
इन्फैंट फार्मूला दिया जाए  
यदि स्तनपान कराने में कठिनाई हो तो लैक्टेशन सलाहकार  
की विज्ञित उपलब्ध कराई जाए

## 16 कृपया निम्नलिखित अतिरिक्त जानकारी नोट की जाए:

मां के हस्ताक्षर

पार्टनर के हस्ताक्षर

डॉक्टर, दाई या SNP के हस्ताक्षर



# 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