

# پیدائش کا منصوبہ

پیدائش کا منصوبہ تیار کرنا آپ کو اپنے ساتھی کے ساتھ لیبر اور پیدائش کے دوران دستیاب مختلف انتخابوں پر غور کرنے کی اجازت دے گا۔ ڈیلیوری سے پہلے، اپنے ڈاکٹر، مڈوائف، یا ماہر نرس پریکٹیشنر (NPS) سے اپنی خواہشات اور خدشات پر بات کرنا یقینی بنائیں۔

naître  
ET grandir



## 1 میرا نام

زچگی کے وقت میرے ساتھ کون ہو گا

## 2 کام کے دوران، میں چاہوں گا:

- موسیقی
- مدہم روشنی
- اروماتھراپی
- میں اپنے کپڑے پہن لوں
- جب چاہوں کہا پی سکوں
- آزادانہ طور پر چلنے کے قابل ہوں

## 3 اضافی ترجیحات:

- ان کے انجام دینے سے پہلے مجھے تمام مداخلتوں سے آگاہ کریں
- میرے کمرے کے اندر اور باہر جانے والے عملے کی تعداد کو محدود کریں
- اگر ممکن ہو تو میڈیکل طلباء کو کمرے سے باہر رکھیں
- کوقتاً فوقتاً میرے بچے کی حالت چیک کرنے کے لیے صرف ہینڈ بیلڈ ڈیوائسز استعمال کریں
- مجھے آرام کرنے میں مدد کرنے کے لیے مانیٹر کا والیوم کم رکھیں

## 4: اندام نہانی کے معاینے کے حوالے سے ترجیحات

صرف میری درخواست پر معاینہ کیا گیا  
جب طبی ٹیم ضروری سمجھے

## 5: درد سے نجات کے ترجیحی طریقے

- غسل یا شاور
- ہونائیس طریقہ
- سانس لینے اور آرام کرنے کی تکنیک
- ورزش کی گیند
- گرم پانی کی بوتل یا جادوئی بیگ
- مساج
- ریفلیکسولوجی یا ایکوپنچر
- سلف ہینوسس
- جراثیم سے پاک پانی کے انجکشن
- TENS

## 6 فارماکولوجیکل درد سے نجات کے طریقوں کے بارے میں ترجیحات (نائٹرس آکسائیڈ، سکون آور ادویات، ایپیڈورل)

ضرورت کے مطابق درد کو دور کرنے کے لیے فراہم کی جاتی ہے  
صرف اس صورت میں فراہم کی جاتے ہیں جب میں ان سے درخواست کرتا ہوں  
مجھے ہر طریقہ کے فوائد اور نقصانات کی وضاحت کریں

## 7 اگر ممکن ہو تو میں مداخلتوں سے گریز کرنا پسند کروں گا:

- بیلون کیتھیٹر
- ایپیسیوٹومی
- فورسپس یا ویکيوم
- غبارہ
- ور دینے کے مرحلے کے دوران لوکل اینسٹھیزیا
- پروسٹیگلائنڈین جیل یا انسٹ

## 8: اگر لیبر کم ہو جائے تو محرک کی ترجیحی تکنیکیں

- چلنا اور حرکت کرنا
- ریفلیکسولوجی
- ایمنیوٹومی
- چھاتی کی تحریک
- غسل یا شاور
- مصنوعی آکسیٹوسن کا انجیکشن
- میں مصنوعی محرک سے بچنے کو ترجیح دوں گا اور اپنے بچے کو قدرتی طور پر آنے کی اجازت دوں گا

# پیدائش کا منصوبہ

## 9: ترجیحی پوزیشنیں جب دھکیلنے کا وقت ہو

ہاتھ اور پاؤں کے بل  
لیٹے ہوئے  
پہلو پر لیٹنا  
بیٹھنا یا نیم بیٹھنا  
دو زانوں پر بیٹھنا  
سیدھا

## 12: میرے بچے کی پیدائش کے بعد ترجیحات

جلد سے جلد کی قربت شروع کرنے کے لیے میرے بچے کو فوراً میرے پاس لے آئیں۔  
اگر میں تیار نہیں ہوں تو میرے پیدائشی ساتھی کو میرے بچے کو پکڑنے دیں  
نال کو پکڑنے اور کائے کیلئے پیدائش کے بعد دو منٹ انتظار کریں  
مجھے خود نال کائے دیں  
میرے پیدائشی ساتھی کو نال کائے دیں

## 15: خوراک کے حوالے سے ترجیحات

میرے بچے کو دودھ پلائیں  
(کوئی شیرخوار فارمولا نہیں)  
صرف میری اجازت سے دودھ پلائیں اور شیر خوار فارمولا استعمال کریں  
میرے بچے کو شیر خوار فارمولا کھلائیں  
اگر مجھے دودھ پلانے میں دشواری ہو رہی ہے تو دودھ پلانے والا مشیر مجھ سے ملیں

## 10: زور دینے کے مرحلے کے دوران ترجیحات

اپنے بچے کو آتے ہوئے دیکھنے کے لیے آئینہ استعمال کرنا  
پیدائشی بیچ کا استعمال کرنا  
پیرینیم پر گرم کمپریسس لگائیں  
کہ میرے ساتھ آنے والا شخص حص لے  
مجھے زور دینے کا طریقہ بتائیں  
مجھے اپنی جبلت کی پیروی کرتے ہوئے زور لگانے کی اجازت دیں  
اونچی آواز میں کوئی ہدایات نہ دیں جو میری توجہ ہٹا سکے

## 13: میں اس بات سے اتفاق کرتا ہوں کہ میرے بچے کو درج ذیل طبی نگہداشت ملے گی

ایئر وے سکشن  
(ناک، منہ)  
زندگی کے 24 گھنٹے کے بعد غسل  
ران میں وٹامین K کا انجیکشن  
آنکھوں میں اینٹی بائیوٹک مرہم  
میں چاہوں گا کہ یہ علاج اور میرے بچے کا معائنہ پہلی بار دودھ پلانے کے بعد کیا جائے اور میرا بھی معائنہ کیا جائے۔

## 16: براہ کرم درج ذیل اضافی معلومات کو نوٹ کریں:

## 11: ترجیحات اگر سیزرین سیکشن کی ضرورت ہو

بے ہوشی کے بعد ابتدائی نگہداشت فراہم کی گئی ہے  
(شیونگ، پیشاب کیتھیٹر)  
سرجری کے دوران میرے ساتھ آنے والا ساتھی موجود ہو

## 14: پلیسینٹا کے اخراج کے دوران ترجیحات

نال کے اخراج کو تیز کرنے کے لیے آکسیٹوسن کا انجیکشن  
قدرتی اخراج، مداخلت کے بغیر  
اخراج کے بعد مجھے واپس دیں

ماں کے دستخط

خاوند کے دستخط

ڈاکٹر، دایہ یا این پی کے دستخط



# 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