



# 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 ou votre sage-femme 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.

## 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](#)  
[massages](#)  
[réflexologie ou accupression](#)  
[respiration et technique de relaxation](#)  
[technique Bonapace](#)  
[TENS](#)  
[utilisation du chaud/froid](#)

## 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.

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

[anesthésie locale à la poussée](#)  
bloc honteux  
[épisiotomie](#)  
[gel de prostaglandine ou ballonnet](#)  
forceps ou ventouse  
[installation d'un soluté](#) ou accès veineux  
lavements  
rasage de la région pubienne

## 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 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 le bébé;  
utiliser un banc de naissance;  
qu'on masse mon périnée;  
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 mes besoins.

## 11 SI UNE CÉSARIENNE S'AVÉRAIT NÉCESSAIRE, JE PRÉFÉRERAI :

recevoir une analgésie locale plutôt qu'une anesthésie générale;  
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 pour couper le cordon;  
que le cordon ait cessé de battre avant qu'on le coupe;  
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  
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.

## 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.

## 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.

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

---

Signature de la mère

---

Signature du conjoint/e

---

Signature du médecin/sage-femme