

**„Skutecznie leczyć,  
otoczyć opieką,  
natchnąć nadzieją”**

### **Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta**

Pawilon D., I piętro, pok. 105,

Poniedziałek 8.00 — 10.00  
Środa 12.00 — 14.00  
Czwartek 9.00 — 11.00

✉ [pełnomocnikpp@szpital-chrzanow.pl](mailto:pełnomocnikpp@szpital-chrzanow.pl)

☎ 32 674 75 16 lub 500 784 162

### **Pracownik Socjalny**

Pawilon D., I piętro, pok. 104,  
od poniedziałku do piątku w godzinach:  
7.00 - 14.35

☎ 32 624 75 14

### **Rejestracja Poradni Specjalistycznych**

Pawilon D., parter  
od poniedziałku do piątku w godzinach:  
7.00 do 17.00

☎ 32 624 75 36 32 624 75 37 507 124 142

### **Edukacja pacjentów w zakresie:**

- **odleżyn**, tel. 32 624 72 39, we wtorki w godz. od 10.00 do 12.00
- **stomii**, tel. 32 624 72 24, w czwartki w godz. 12.00 do 14.00, pawilon D, I piętro pok. 133
- **dietetyki**, tel. 32 624 75 33, pawilon D, I piętro pok. 133, pn - pt. 8.40 do 11.00

**Pacjencie,**  
czy znasz swoje prawa?



### **Pamiętaj, jako pacjent masz prawo do:**

- Świadczeń zdrowotnych
- Informacji o swoim stanie zdrowia
- Tajemnicy informacji z Tobą związanych
- Wyrażenia zgody lub jej odmowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych
- Poszanowania intymności i godności
- Dostępu do dokumentacji medycznej
- Zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza
- Zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych
- Poszanowania życia prywatnego i rodzinnego
- Opieki duszpasterskiej
- Przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Jeśli Twoje prawa zostały naruszone zadzwoń:

Rzecznik Praw Pacjenta  
ul. Młynarska 46  
01-171 Warszawa  
kancelaria@rpp.gov.pl; www.rpp.gov.pl

Telefoniczna Informacja Pacjenta  
800-190-590



### **Szpital Powiatowy w Chrzanowie**

ul. Topolowa 16  
32-500 Chrzanów

**Telefony - centrala:** 32 624 77 77

**Fax:** 32 623 94 28

**Adres e-mail:** [sekretariat@szpital-chrzanow.pl](mailto:sekretariat@szpital-chrzanow.pl)

<http://szpital-chrzanow.pl/>

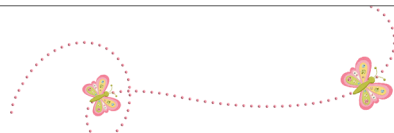


**SZPITAL  
POWIATOWY  
W CHRZANOWIE**

## **Plan Porodu**



# MÓJ PLAN PORODU



Imię i nazwisko: .....

## PORÓD

- Pragnę, aby cały mój poród przebiegał w warunkach maksymalnej intymności z poszanowaniem godności osobistej mojej i mojego dziecka
- Chciałabym, jeśli to możliwe, uniknąć przyjmowania podczas porodu środków zmniejszających moją świadomość
- Chciałabym korzystać z metod naturalnych łagodzenia bólu porodowego i relaksacji (woda, masaż, aromaterapia, muzykoterapia)
- Chciałabym korzystać z gazu łagodzącego ból porodowy
- Proszę o niewykonywanie zabiegów przygotowujących do porodu takich jak lewatywa, golenie krocza, chyba, że o to poproszę
- Chciałabym otrzymać krótką informację o celu zabiegów, które są wobec mnie stosowane
- Chciałabym móc jeść i pić podczas pierwszego okresu porodu jeżeli poczuję taką potrzebę i nie będzie przeciwwskazań
- Chciałabym mieć możliwość swobodnego poruszania się, zachowania aktywnej postawy i korzystania z pozycji wertykalnych podczas porodu, jeśli nie będzie przeciwwskazań
- Chciałabym w pierwszym okresie porodu korzystać z wanny, piłki, worka sako, materaca

- Jestem świadoma, że poniższy plan porodu jest listą moich osobistych preferencji i może być zrealizowany w sytuacji, kiedy nie ma przeciwwskazań medycznych

Proszę wypisać leki zażywane w trakcie ciąży (leki, antybiotyki, witaminy i inne) .....

- Chciałabym by pozwolono mi przeć w takim rytmie jaki będzie nakazywał mi instykt
- Zależy mi na możliwości uczestnictwa osoby towarzyszącej podczas porodu, z możliwością czasowego wyjścia z Sali Porodowej (np. badania, II okres porodu)
- Chciałabym, aby osoba towarzysząca, jeśli tego chce, mogła przeciąć pępowinę
- Jestem przekonana, że wolałabym uniknąć cięcia cesarskiego, chyba że jest to konieczne
- Jeżeli cięcie cesarskie będzie konieczne, chciałabym zostać w pełni poinformowana o powodach takiej decyzji
- W sytuacjach absolutnie uzasadnionych wyrażam zgodę na ukończenie porodu w sposób zabiegowy lub operacyjny (próżnociąg położniczy, kleszcze)

## OCHRONA KROCZA

- Wolałabym nie mieć nacinanego krocza, chyba że będzie to konieczne
- Wolałabym mieć nacięte krocze
- Proszę o podanie środka znieczulającego w sytuacji szycia krocza po porodzie

## PO PORODZIE

- Prosiłabym, aby położna tuż po porodzie, jeżeli stan dziecka na to pozwoli, położyła mi dziecko na brzuchu
- Chciałabym przystawić dziecko do piersi po porodzie najszybciej, jak to będzie możliwe
- Chciałabym pozostać z dzieckiem w „skóra do skóry” nieprzerwanie od momentu porodu, przez cały okres pobytu w Sali Porodowej (2h), jeżeli stan dziecka będzie dobry
- Proszę o pełną informację na temat zdrowia dziecka
- Planuję karmić piersią i chciałabym zacząć zaraz po porodzie
- Proszę nie dokarmiać dziecka bez uzgodnienia tego ze mną wcześniej
- Proszę nie podawać dziecku smoczka
- Pragnę mieć możliwość kontaktowania się z najbliższymi w czasie pobytu w Oddziale Położniczo - Ginekologicznym zgodnie z regulaminem tego oddziału

.....  
Podpis Pacjentki