**Sobre os cuidados com o bebê:**

**Em relação à higiene do bebê:**
( ) Prefiro que a higiene do bebê seja realizada conforme a rotina do hospital, com a participação do meu acompanhante (se possível)
( ) Não desejo que o bebê seja banhado nas primeiras 24 horas
( ) Não tenho preferência

**Em relação à aplicação de colírio (usado para prevenir conjuntivite causada por gonococo e clamídia):**
( ) Concordo com a aplicação do colírio nos casos recomendados pelo Ministério da Saúde (após parto vaginal e nas bolsas rotas)
( ) Não desejo que o colírio seja aplicado (para isso, sei que é obrigatório que eu já tenha realizado exame vaginal para clamídia e gonococo no final da gestação, com resultados negativos)
( ) Não tenho preferência

**Em relação à administração de vitamina K (para prevenir hemorragia):**
( ) Concordo com a administração de vitamina K intramuscular, como recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria
( ) Não desejo a aplicação intramuscular de vitamina K. Prefiro a administração da primeira dose por via oral no hospital, comprometendo-me a administrar mais duas doses em casa (2ª dose em uma semana, 3ª dose em um mês). Neste caso, é necessário preencher o Termo de Recusa à aplicação de vitamina K intramuscular.
( ) Não tenho preferência

**Em relação à amamentação:**
( ) Quero amamentar o bebê sob livre demanda
( ) Quero tentar amamentar o bebê em horários fixos
( ) Não desejo ou não pretendo amamentar o bebê
( ) Não tenho preferência
( ) Quero realizar amamentação exclusiva
( ) Aceito complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, caso seja prescrito pela equipe assistente
( ) Não tenho preferência

**Além das opções acima, gostaria de acrescentar as seguintes observações:**

_____

_____

Data: __/__/__ Assinatura: _____

ACCVR
Associação Cultural e Científica Virvi Ramos

HOSPITAL VIRVI RAMOS

# Plano de Parto

HOSPITAL VIRVI RAMOS

**Prezada Gestante,**

Reconhecemos a importância e a singularidade deste momento, e por isso elaboramos este plano de parto para captar suas preferências, desejos e necessidades. Dessa forma, poderemos oferecer o suporte necessário para garantir que seu parto seja tranquilo e seguro, alinhado às suas prioridades.
**Estamos aqui para apoiar você em cada passo dessa jornada!**

Eu, _____ estou ciente de que o parto pode seguir diferentes caminhos. A seguir, apresento minhas preferências para o nascimento do meu filho(a). Compreendo que a equipe obstétrica buscará sempre adotar as melhores práticas para o meu atendimento, mas gostaria de ser informada ou consultada sempre que houver a necessidade de ajustar os planos.
Desejo que o(a) acompanhante seja:

_____

**Sobre a punção venosa ou a infusão contínua de soro durante o trabalho de parto:**
( ) Prefiro não ter
( ) Prefiro ter
( ) Não tenho preferência

**Sobre a ruptura artificial da bolsa das águas (amniotomia):**
( ) Prefiro não realizar
( ) Gostaria de realizar para acelerar o parto
( ) Não tenho preferência
( ) Prefiro realizar apenas para corrigir o trabalho de parto quando este não estiver progredindo adequadamente

**Sobre a administração de soro com ocitocina (hormônio que facilita as contrações):**
( ) Prefiro não ter
( ) Gostaria de ter para acelerar o parto
( ) Não tenho preferência
( ) Prefiro ter somente para corrigir o trabalho de parto caso não esteja evoluindo adequadamente

**Se a minha bolsa das águas romper espontaneamente antes do início do trabalho de parto (ruptura prematura de membranas):**
( ) Gostaria de iniciar a indução do parto imediatamente, se não houver contraindicação
( ) Prefiro aguardar o início espontâneo do trabalho de parto (entendo que, após muitas horas de bolsa rota, o risco de internação do bebê aumenta e devo seguir a orientação do meu obstetra)
( ) Não tenho preferência

**Se eu chegar ao final da gestação e não entrar em trabalho de parto espontaneamente:**
( ) Gostaria de ter meu parto induzido (com o método que a equipe obstétrica considerar apropriado)
( ) Prefiro não ter o parto induzido, optando por uma cesárea
( ) Não tenho preferência
( ) Outra alternativa: (Reconheço que não é apenas minha vontade que decide isso. É necessário seguir os protocolos científicos recomendados, as particularidades da minha gestação, meu estado de saúde e do meu bebê, além da estrutura e rotina do hospital.)

## Durante o trabalho de parto:

**Sobre alimentação:**
( ) Gostaria de ter liberdade para ingerir líquidos e alimentos leves (recomendado)
( ) Prefiro permanecer em jejum
( ) Prefiro decidir conforme me sentir no momento

**Sobre movimentação:**

( ) Gostaria de ter liberdade para caminhar e me movimentar
( ) Prefiro ficar mais deitada
( ) Prefiro decidir conforme me sentir no momento

**Sobre monitorização dos batimentos cardíacos do bebê:**
( ) Não gostaria de monitorização contínua dos batimentos do bebê (apenas se necessário)
( ) Concordo com a monitorização contínua dos batimentos do bebê
( ) Não tenho preferência

**Se eu sentir dor:**
( ) Gostaria de usar apenas métodos não-farmacológicos para alívio (banho, bola de pilates, massagens, aromaterapia)
( ) Gostaria que me oferecessem analgésicos
( ) Gostaria de fazer analgesia obstétrica raqui-peridural
( ) Prefiro decidir conforme me sentir no momento

## Na hora do parto:

**Sobre a posição:**
( ) Acho que vou preferir ficar na seguinte posição: _____
( ) Prefiro ver como me sentirei na hora
( ) Não tenho preferências especiais sobre a posição na hora do parto

**Sobre orientação para fazer força:**
( ) Prefiro fazer força apenas durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada
( ) Gostaria que me orientassem como fazer força na hora

**Sobre a episiotomia (corte no períneo):**
( ) Prefiro que a episiotomia não seja realizada, a menos que seja extremamente necessária e com meu consentimento
( ) Não tenho objeção à episiotomia
Se for necessário ou decidido fazer uma cesariana:

**Sobre o agendamento:**
( ) Gostaria de entrar em trabalho de parto espontaneamente, em vez de marcar uma cesariana
( ) Prefiro agendar a cesariana, se for possível
( ) Não tenho preferência

**Durante a cirurgia:**
( ) Gostaria que o campo cirúrgico fosse abaixado para que eu possa ver o bebê nascer
( ) Prefiro não ver a parte cirúrgica do nascimento, e que o bebê me seja mostrado apenas após o nascimento
( ) Não tenho preferência
( ) Gostaria de manter minhas mãos livres durante o procedimento
( ) Tenho receio de tocar o campo cirúrgico acidentalmente, por isso prefiro que minhas mãos sejam imobilizadas
( ) Não tenho preferência

**Assim que o bebê nascer (seja por parto vaginal ou cesariana):**

( ) Gostaria que ele fosse colocado imediatamente no meu colo, se estiver tudo bem
( ) Não tenho preferência
( ) Gostaria de tentar amamentar o bebê na primeira hora
( ) Não gostaria de (ou sei que não posso) amamentar
( ) Não tenho preferência
( ) Gostaria de ficar o máximo de tempo possível com o bebê na sala de parto e na sala de recuperação, sem interrupções
( ) Gostaria (ou não me importo) que o bebê seja levado imediatamente para banho e cuidados, enquanto descanso um pouco (mas sei que existe uma rotina do hospital que deve ser respeitada)
( ) Não tenho preferência

## Após o nascimento do bebê:

**Sobre a placenta:**
( ) Prefiro aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração do cordão ou massagens
( ) Prefiro que sejam realizadas manobras para ajudar a placenta a sair (como tração do cordão e massagens), conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde
( ) Não tenho preferência
( ) Tenho um pedido especial em relação à placenta: _____

_____

**Sobre a administração de ocitocina:**
( ) Não gostaria que ocitocina fosse administrada de rotina no pós-parto
( ) Gostaria que ocitocina fosse administrada no pós-parto para prevenção de hemorragia, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde
( ) Não tenho preferência