ميديكلينيك

ميديكلينيك بيبي
خطة الولادة

الاسم الكامل: _____ التاريخ: _____

اسم الطبيب: _____ اسم الشريك: _____

تاريخ الولادة المتوقع: _____

أثناء المخاض، أُفضّل:

- ☐ ارتداء ملابسي الخاصة
- ☐ تشغيل الموسيقى (يمكن توصيل جهازك الشخصي)
- ☐ تناول الطعام والشراب حسب موافقة الطبيب
- ☐ اعتماد وضعيات مستقيمة واستخدام كرة الولادة
- ☐ التحفيز أو تعزيز الطلق الصناعي (عند الحاجة)
- ☐ تخفيف الإضاءة
- ☐ استخدام الروائح المقدّمة
- ☐ في حال وجود القابلة المرافقة (Doula): الاسم: _____
- ☐ الأشخاص المرافقون أثناء الولادة:
  - ☐ 1) الاسم (الشخص المرافق أثناء الولادة): _____
  - 2) الاسم: _____
- ☐ ملاحظات: _____

مراقبة الجنين:

- ☐ مراقبة مستمرة باستخدام الأسلاك
- ☐ مراقبة لاسلكية
- ☐ مراقبة متقطعة
- ☐ ملاحظات: _____

التقنيات المساعدة للراحة:

- ☐ لا شيء – أُفضّل الولادة الطبيعية قدر الإمكان
- ☐ التخدير فوق الجافية (Epidural)
- ☐ حقنة البثيدين (Pethidine)
- ☐ غاز التنفس (Entonox)
- ☐ تقنيات الاسترخاء
- ☐ التدليك (يُنفّذه المرافق أثناء الولادة)
- ☐ كرة الولادة
- ☐ الحركة والتنقّل أثناء المخاض
- ☐ الوريد أو الحقن العضلي (IV أو IM)
- ☐ الولادة المائية أو الاستحمام
- ☐ جهاز التحفيز الكهربائي (TENS Machine)
- ☐ فقط ما أطلبه في حينه
- ☐ الولادة بالتحفيز الإيحائي (Hypnobirthing) في حال إتمام الدورة التدريبية
- ☐ ملاحظات: _____

أُفضّل أثناء الولادة ما يلي:

- ☐ تجربة أوضاع مختلفة لزيادة الراحة
- ☐ الدفع وفق التوجيهات
- ☐ الدفع التلقائي
- ☐ لمس رأس الطفل عند ظهوره
- ☐ أوافق على استخدام أدوات المساعدة أثناء الولادة مثل كأس الكيوي أو الملقط الطبي
- ☐ ملاحظات: _____

شق العجان:

☐ يُجرى عند الحاجة الطبية وبموافقة الأم.

☐ ملاحظات: _____

بعد الولادة مباشرة، أرغب في ما يلي:

☐ أن يقوم شريكي بقطع الحبل السري

☐ إجراء جمع الخلايا الجذعية حسب الترتيبات المتفق عليها مسبقًا

☐ أوافق على تلقي الدعم الطبي، بما في ذلك الأدوية عند الحاجة، للمساعدة في ولادة المشيمة بأمان وكفاءة بعد ولادة طفلي

☐ الاحتفاظ بالمشيمة

☐ أرغب أيضًا بأن يقوم شريكي بملامسة الجلد للجلد مع الطفل

☐ في حال تعذر فحص طفلي بوجودي، أرغب في أن يكون شريكي حاضرًا أثناء الفحص

☐ إجراء تأخير قطع الحبل السري

☐ أرغب في القيام بملامسة الجلد للجلد فوراً بعد الولادة

☐ ملاحظات: _____

في حال كانت الولادة القيصرية ضرورية، أرغب في ما يلي:*

☐ أن يبقى شريكي معي أثناء العملية

☐ البدء بالرضاعة الطبيعية

☐ أن يقوم شريكي أيضًا بملامسة الجلد للجلد مع الطفل

☐ أن يحمل شريكي الطفل في حال لم أتمكن من ذلك

☐ أرغب في القيام بملامسة الجلد للجلد

☐ ملاحظات: _____

* أفهم أن هذه الخيارات قد لا تكون ممكنة في بعض الحالات الطارئة

في حال إدخال الطفل إلى وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة (NICU):

☐ أرغب في أن يرافق شريكي الطفل إلى الوحدة

☐ ملاحظات: _____

☐ أرغب في البدء بالرضاعة الطبيعية أو بشفط الحليب في أقرب وقت ممكن

أرغب في ما يلي:

☐ الرضاعة الطبيعية الحصرية

☐ أن يتم إعطاء حمام الطفل الأول بوجودي

☐ أن تُجرى الفحوصات والإجراءات الطبية للطفل بوجودي

☐ إجراء الختان في حال كان المولود ذكرًا (في حال توفره خلال فترة الإقامة في المستشفى)

☐ القيام بالممارسات الدينية أو الثقافية الخاصة

☐ الاعتماد على الرضاعة الصناعية فقط

☐ القيام بالرضاعة المختلطة

☐ تلقي طفلي لحقنة فيتامين K: ☐ نعم ☐ لا

☐ تلقي طفلي لقاحي التهاب الكبد الوبائي (B) ولقاح السل (BCG): ☐ نعم ☐ لا

☐ خضوع طفلي لفحص الدم لحديثي الولادة: ☐ نعم ☐ لا

☐ ملاحظات: _____

يرجى ملاحظة أن جميع التفضيلات المقدمة سيتم أخذها بعين الاعتبار من قبل الطبيب المعالج، وسيتم تنفيذها في الحالات التي يُعتبر فيها ذلك مناسبًا وممكنًا من الناحية الطبية.