



PLANO DE PARTO
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

Nome: _____ Idade: _____ Médico: _____

Data prevista do parto: ___/___/___ Pessoa que vai assistir ao parto: _____

Medos, angústias ou ansiedades que gostaria de partilhar:

Ambiente durante o trabalho de parto:

Ouvir música durante a dilatação Luzes menos intensas Ingestão de água ou chá

Lidar com as contrações:

Relaxamento e técnicas de respiração Duche Caminhar
 Ouvir música (trazer em formato mp3) Usar bola de Pilates Epidural

Durante o nascimento:

Adotar a posição preferencial, se possível Realizar episiotomia (corte no períneo), apenas se necessário
 Gostaria que fosse _____ a cortar o cordão umbilical

Depois do nascimento:

Quero o contato pele a pele Cuidados ao recém-nascido junto a mim Quero amamentar
 Quero que o bebé seja envolvido numa manta antes de pegar ao colo Outros

Durante a estadia no Serviço de Obstetrícia:

- Quero ter o bebé sempre comigo
- Ser informada de todos os exames realizados ao meu bebé
- Quero estar presente em todos os procedimentos
- Outros

Outras ideias e preferências:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da mãe:

Assinatura do Enfermeiro Responsável:
