



**PLANO DE PARTO**  
**SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Data prevista do parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pessoa que vai assistir ao parto: \_\_\_\_\_

Medos, angustias 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:**

---