REDE DE CUIDADO ARTICULADO MATERNO-INFANTIL

PLANO DE PARTO HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. RADAMÉS NARDINI

Documento de preferências da gestante, alinhado à Rede Alyne e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)

Nome completo: _____

_____

Nome social: _____

Data prevista para o parto: ____/____/_____

CPF: _____ Telefone: _____

Hospital de referência: Hospital Nardini (32 leitos | UTI Neonatal: 10 leitos)

Município de residência: □ Mauá □ Ribeirão Pires □ Rio Grande da Serra

□ Outro: _____

PREFERÊNCIAS PARA O PARTO

(Marque as opções desejadas e discuta com a equipe no momento da internação)

1. DURANTE A INTERNAÇÃO E TRABALHO DE PARTO

□ Ter 1 acompanhante da minha escolha (Lei 11.108/2005)

□ Liberdade de movimento (caminhar, usar bola suíça, banho quente)

□ Métodos naturais para alívio da dor (massagem, respiração, banho de chuveiro)

□ Evitar intervenções desnecessárias (acesso venoso rotineiro, ruptura artificial da bolsa)

□ Receber informações claras sobre procedimentos (uso de ocitocina, exames vaginais)

2. NO MOMENTO DO PARTO

□ Escolher a posição para parir (□ Cócoras □ Lateral □ Quatro apoios □ Banqueta)

□ Evitar episiotomia (corte no períneo), a menos que haja emergência

□ Clampeamento tardio do cordão umbilical (esperar de 1 a 3 minutos, se possível)

□ Contato pele a pele imediato com o bebê, mesmo em cesáreas

3. CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

□ Amamentação na primeira hora (livre demanda)

□ Adiar o primeiro banho para após 24 horas (exceto em emergências)

□ Realizar testes neonatais (pezinho, orelhinha) comigo presente

□ Permanecer em alojamento conjunto (22 leitos disponíveis)

4. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

□ Receber orientações sobre métodos contraceptivos (DIU, anticoncepcional)

□ Desejo laqueadura tubária (após preenchimento dos requisitos legais)

(Descreva abaixo qualquer necessidade especial ou solicitação)

_____

_____

_____, ____/____/____ _____

Local Data Assinatura