



PLAN DE NAISSANCE

Le but de ce document est de mieux personnaliser votre accouchement et les soins post-partum immédiats ; il s'agit d'un modèle destiné à faciliter la conformité, n'hésitez pas à y ajouter des éléments ou à les modifier si vous en avez besoin. Si vous avez des doutes, veuillez consulter l'équipe de sages-femmes. L'apparition de risques pendant la grossesse peut modifier certains aspects de ce plan, qui seront en tout cas discutés.

Nom et Prénom.....

Nom de l'accompagnant.....

Âge :

Participation aux cours de préparation à la naissance : Oui (combien de cours ?.....) Non

Date probable d'accouchement : / /

Préférences d'accompagnement :

Pendant le processus de l'accouchement je voudrais être accompagnée par :.....
.....

En cas de césarienne ou d'accouchement instrumental, je préfère, si possible, d'être :

- Non accompagnée
- Avec la personne que j'ai choisie

Préférences concernant l'espace physique :

- Possibilité d'écouter de la musique
- Possibilité d'ajuster l'intensité lumineuse
- Possibilité de faire le travail d'accouchement dans l'eau
- Autres

Préférences en matière d'intimité :

- Je souhaite être informée de la présence d'étudiants et de résidents
- Je voudrais que mon accouchement soit normal, je voudrais que le nombre d'étudiants et de résidents présents soit le plus petit possible.

J'aimerais utiliser les méthodes suivantes pour soulager la douleur pendant l'accouchement :

- Avoir / essayer un accouchement sans anesthésie
- Administration de l'anesthésie dès que possible



- Utiliser des méthodes pharmacologiques si nécessaire
- Péridurale à faible dose (péridurale mobile, si possible)
- Péridurale
- Autres :
- Méthodes non-pharmacologiques :
 - Techniques de relaxation
 - Techniques de respiration
 - Massage
 - Hydrothérapie : chaleur locale douche bain
 - J'aimerais utiliser des méthodes alternatives :

(Nous ne pouvons pas garantir l'application de ces méthodes alternatives par le personnel de l'hôpital, si vous en avez connaissance et que vous souhaitez les utiliser, il est préférable d'apporter le matériel avec vous, afin qu'il puisse être employé)

Je voudrais disposer d'autres matériaux pendant la période de travail (disponibles à l'hôpital) :

- Balles
- Miroirs
- Coussins
- Liane
- Chaise d'accouchement

Préférences de procédure :

- Si un médicament doit être administré, je veux être informée et consultée auparavant.
- Je ne voudrais pas que l'on perce la poche des eaux si ça n'est pas nécessaire.
- Je voudrais suivre le processus de la manière la plus physiologique possible, et ne pas le stimuler avec de l'ocytocine s'il progresse de manière adéquate.
- Je voudrais pouvoir me déplacer avec un maximum de liberté de mouvement et adopter les postures que je veux dans les limites des possibilités de l'espace.

Garde-robe : Je voudrais porter mes vêtements ceux de l'hôpital indifférent

Quant à l'hydratation pendant l'accouchement :

L'hydratation pendant le travail est importante et, sauf contre-indication explicite, vous pouvez boire des liquides clairs (eau, thé, café, infusions, jus sans pulpe, boissons isotoniques).

- Je veux boire les boissons de mon choix (que j'apporterai moi-même)
- Je préfère ne pas boire pendant le travail
- Je n'ai pas de préférence



Préférences pendant la période de la naissance :

- J'aimerais commencer la respiration/poussée quand j'en aurai envie
- J'aimerais me mettre dans la position où je suis le mieux placée pour la respiration/poussée
- J'aimerais que mon accompagnant puisse m'aider en tout moment
- J'aimerais avoir un miroir au moment de la sortie du bébé
- Je voudrais que le bébé soit mis sur ma peau immédiatement (méthode kangourou)

Concernant le cordon ombilical :

- Je souhaite le couper moi-même/que mon accompagnant le coupe
- Je voudrais que le cordon ombilical soit coupé
 - Une fois qu'il a cessé de battre
 - Pas de préférence
- Je voudrais que le premier examen du bébé soit fait en ma présence

Par rapport à la délivrance du placenta :

L'administration d'ocytocine (par voie intraveineuse ou intramusculaire) pour faciliter et accélérer la délivrance du placenta, réduit le risque d'hémorragie post-partum. Si cette option n'est pas choisie, on attendra que la délivrance du placenta ait lieu de façon spontanée (sans médicament).

- Je préfère une délivrance dirigée
- Je préfère une délivrance spontanée
- Pas de préférence

Préférences après l'accouchement (postpartum immédiat, 2h en salle d'accouchement) :

- J'aimerais recevoir mon enfant le plus tôt possible après sa naissance.
- J'aimerais pouvoir avoir un contact peau à peau
- Si je ne peux pas le faire (à cause d'une césarienne ou pour une autre raison), laissez mon partenaire faire le contact peau à peau
- Je ne veux pas être séparée de mon bébé, sauf si c'est strictement nécessaire
- J'aimerais que l'évaluation et les premiers soins du bébé soient faits peau à peau
- Concernant la vitamine K, pour prévenir les maladies hémorragiques :
 - Je préfère l'administration par voie intramusculaire (option recommandé)
 - Administration orale



L'utilisation d'une **pommade antibiotique** est également recommandée pour la prophylaxie des yeux du bébé (éviter les infections oculaires).

- Je comprends et j'accepte l'utilisation de cette pommade
- Je préfère retarder l'utilisation de la pommade (moins d'interférence visuelle mère-enfant)
- Je préfère qu'on n'applique pas de la pommade sur les yeux de mon enfant (dans ce cas, un document de refus du traitement devra être signé)

Préférences en matière d'allaitement :

- J'aimerais allaiter
- Je ne veux pas allaiter
- Je ne veux pas que l'on donne au bébé une quelconque nourriture et/ou une sucette sans me consulter auparavant

Si vous avez des besoins particuliers, vous pouvez en discuter avec l'équipe de soins qui veillera à ce que vos attentes soient satisfaites lors de la naissance de votre enfant.

Autres commentaires :

JE SOUSSIGNÉE :

NUM IDENTITÉ..... Déclare avoir été informée du contenu de ce document, j'ai reçu des informations sur les périodes de grossesse, d'accouchement et de postpartum, et j'ai choisi les options que je juge appropriées. J'accepte les conditions de prise en charge dans le cadre de ce plan de naissance et j'accepte également le devoir de respecter les règles de l'établissement et le personnel qui fournit les services.

En tout état de cause, je me réserve le droit de modifier, en tout ou en partie, les décisions que je présente dans ce document à tout moment au cours du processus.

Date et signature :