

Plan de naissance

Nom : XXXXXX

Numéro de dossier : XXXXXXXXXXXX

Adresse : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

N° d'assurance maladie : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Médecin traitant : XXXXXXXXXXXX

Groupe sanguin : XX

Numéro de téléphone : XXXXXXXXXXXX

Allergie(s) : XXXXX

Date de naissance : XXXXXXXX Date Prévues d'accouchement : XXXXXXXX

Pourquoi un plan de naissance ?

Tout simplement pour que vous, intervenants (es) en obstétrique, puissiez connaître à l'avance mes choix, qui sont le fruit de plusieurs mois de réflexion, quant à la façon dont je désire vivre ce quatrième accouchement. Les raisons pour lesquelles je souhaite ce plan sont **avant tout pour favoriser ma lactation** puisque jusqu'à présent je n'ai jamais réussi à allaiter et **je voudrais vraiment allaiter pour mon Xème enfant. Allaiter est pour moi primordial .**

Événements inattendus

Bien que ce plan de naissance se borne, par souci de synthèse, à un accouchement normal, je suis tout à fait consciente qu'il puisse en être autrement. Comme mes réflexions m'ont aussi conduite à explorer les situations plus particulières, s'il advenait que ce soit le cas, je dois être consulté immédiatement de tout événement pouvant influencer sur le présent plan et ce, afin de me permettre de m'ajuster et de vivre le mieux possible cette naissance et ce, dans le respect de mes convictions.

Travail

- Présence de mon mari
- Ouverture de veine uniquement avec ma permission
- Je souhaite un travail et une expulsion sans anesthésie péridurale et j'aimerais tout votre soutien autant physique que psychologique pour que ce soit le cas. Merci de ne pas me la proposer même dans les moments difficiles et de me rappeler mon souhait de ne pas l'avoir si je la demande.
- Auscultation du cœur fœtal seulement au Doppler portatif
- Rupture naturelle des membranes
- Que l'on me laisse totalement libre de mes mouvements

Expulsion

- Poussée physiologique
- Position de mon choix
- Quand la tête et les épaules seront dégagées, je désire attraper moi-même mon bébé pour l'emmener jusqu'à moi.

Accueil du bébé

- Contact immédiat peau à peau et pendant 6 heures minimum non interrompu.

- Allaitement maternel dès la naissance
- Aspiration des mucosités au besoin seulement
- Clampage du cordon **et sectionnement par mon mari** seulement après la délivrance

Délivrance

- Expulsion naturelle du placenta sans traction contrôlée du cordon
- Injection d'ocytociques seulement en cas d'extrême nécessité. Je désire pouvoir bénéficier de méthodes naturelles pour l'expulsion (massage ou acupuncture) : Je suis au courant de l'existence du protocole de service.
-

Soins du bébé

- **Aucun soin jusqu'au lendemain de la naissance et ce uniquement en ma compagnie.**
- Mon bébé ne doit pas quitter ma présence sous aucun prétexte.
- Pas d'injection de vitamine K et ni d'instillation ophtalmique d'antibiotiques
- Pas de test de glycémie
- Pas de toilette, bébé juste essuyé avec une serviette
- Allaitement maternel à la demande
- Aucune tétine artificielle ni complément d'eau ou de préparation lactée

Soins de la maman

- Accès au bain ou à la douche peu importe l'heure
- Prise de signes vitaux seulement une fois après la naissance

Sejour

- Cohabitation 24 h/24 avec bébé et cela dès la première nuit
- Sortie lorsque je le désire

En ce qui concerne mon allaitement je ne souhaite aucune intervention de la part de l'équipe ni commentaire ou encouragement à donner du lait artificiel, eau sucrée ou biberons. J'assume tout responsabilité pour mes choix et je suis prête à signer une décharge de responsabilité si souhaitée.

Merci !

Signature