**PLANO DE PARTO – [NOME DA GESTANTE E/OU DO CASAL]**

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao nascimento de nosso bebê, caso tudo transcorra tranquilamente. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, desejamos, previamente, sermos comunicados e consultados a respeito das alternativas.

**PRESENÇA DA DOULA**

Durante todo o período de internação na Maternidade do CSSJD (pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato), desejo contar com a presença e o acompanhamento de minha Doula [INFORMAR AQUI O NOME COMPLETO DA DOULA], previamente cadastrada junto a essa instituição.

**TRABALHO DE PARTO**

Presença de um acompanhante de minha livre escolha. Sem perfusão contínua de soro. Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado. Liberdade para caminhar e mudar de posição. Liberdade para o uso ilimitado do chuveiro. Monitoramento fetal: conforme os protocolos da instituição. Peço que não seja realizado toque sem indicação, e por vezes repetidas. Analgesia: peço que não seja oferecido anestésico ou analgésico. Eu pedirei quando achar necessário.

**PARTO (HORA DO NASCIMENTO)**

Prefiro poder escolher na hora a posição que o meu corpo desejar. Aceito outras sugestões caso as posições não funcionem. Desejo fazer força quando me der vontade, em vez de ser guiada por alguém. Desejo um ambiente especialmente calmo nessa hora, sem gritos e muitas pessoas presentes. Episiotomia: prefiro não ter. Desejo ter o bebê imediatamente colocado em meu colo, em contato pele a pele, e se houver necessidade de fazer a aspiração das vias respiratórias, prefiro que seja feito enquanto ele está comigo. Desejo que o pai corte o cordão umbilical de 1 a 3 minutos. Desejo que seja explicitamente informada e explicada, a mim e a meu acompanhante, a necessidade e a realização de qualquer procedimento durante o trabalho de parto.

**APÓS O PARTO**

Desejo que a expulsão da placenta seja realizada da forma mais respeitosa o possível. O bebê deve ficar comigo o tempo todo, mesmo para avaliação e exames. Liberação para o alojamento conjunto o quanto antes. Alta o quanto antes.

**CUIDADOS COM O BEBÊ**

Amamentação sob livre demanda, não oferecer fórmula, água glicosada ou bicos. Alojamento conjunto o tempo todo. Avaliação do pediatra pode ser feita, preferencialmente, no quarto.

**CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA**

Desejo a presença de um acompanhante de minha livre escolha. Desejo ver a hora do nascimento, com o rebaixamento do protetor se possível. Após o nascimento, desejo que o coloquem sobre meu peito e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo, e que todas as ações favoreçam o contato pele a pele. Amamentação o quanto antes.

Agradeço a compreensão da equipe envolvida e por participarem desse momento tão importante para a nossa família.

Divinópolis, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da mulher e/ou do casal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do médico obstetra Assinatura do médico pediatra