

Souhaits pour la naissance de bébé

Lieu d'accouchement prévu: Bethesda Regional Health Centre Portage Regional Health Centre
 Boundary Trails Health Centre Accouchement à domicile

Nom: _____ Langue préférée: _____
 Date d'accouchement prévue: _____ Fournisseur de soins primaires: _____
 Soutien (Limite recommandé de deux personnes) : _____ et _____

Formulaire rempli au nom de la cliente: S.O. Personne de soutien Membre du personnel

À noter que ces services ne sont pas tous assurés dans tous les établissements : les établissements régionaux de Southern Health-Santé Sud sont des établissements d'enseignement et des apprenants peuvent participer aux soins. Discutez-en avec votre équipe.

Ambiance

- Lumières tamisées et tranquillité
- Je veux porter mes propres vêtements
- Minimum d'interruptions
- Autre: _____

Gestion de la douleur

- Bain | Douche
- Techniques de respiration
- Massage
- Aromathérapie (accouchement à domicile seulement)
- Hypnonaissance (de manière indépendante)
- Déplacements
- Autre : _____

Médicaments antidouleur

- Veuillez ne pas offrir
- Entonox (gaz hilarant)
- Morphine (Intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée)
- Fentanyl (Intraveineuse)
- Épidurale
- Injection d'eau stérilisée
- Autre : _____

Plan pour la sortie d'hôpital

- J'aimerais discuter avec mon fournisseur de soins d'une sortie anticipée de l'hôpital (avant 24 heures après l'accouchement)
- Je souhaite rester à l'hôpital pendant les 24 heures recommandées après l'accouchement par voie vaginale ou 48 heures après un césarienne

Besoins culturels ou spirituels:

Souhaits supplémentaires:

Accouchement vaginal

- Aide pour la poussée
- Utilisation d'un miroir
- Je veux sentir la tête de bébé quand elle apparaît

Après l'accouchement

Tenir le bébé:
 Peau à peau tout de suite Laver le bébé en premier

Cordon ombilical:
 Clampage: Quand cesse la pulsation Après __ min.
 Coupé par: Partenaire Personnel

Annonce du sexe du bébé:
 Partenaire Personnel Le découvrir moi-même

Sortie du placenta:
 Gestion par injection d'ocytocine (pratique recommandée)
 Plan alternatif: _____
 J'envisage de conserver mon placenta

Alimentation du bébé:
 Seins | Poitrine Expression du lait maternelle
 Préparation pour nourrisson

Médicaments pour bébé

- J'accepte que mon bébé reçoive l'injection de vitamine K pour prévenir les hémorragies (pratique recommandée)
- Je refuse l'injection de vitamine K, mais j'accepte la vitamine K par voie orale pour prévenir les hémorragies
- J'accepte que mon bébé reçoive une pommade ophtalmique à l'érythromycine pour prévenir les infections

QR CODE HERE