

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

Nome: _____ Data Provável do Parto: ___ / ___ / ___
Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Gesta/Para: _____
Idade Gestacional: _____
Profissional/Serviço de Pré-Natal: _____
Acompanhante de Escolha: _____

EXPECTATIVAS E PREFERÊNCIAS

Experiências Anteriores: _____

Medos/Inseguranças: _____

Desejos para o Parto: _____

TRABALHO DE PARTO (SE EVOLUÇÃO PARA PARTO VAGINAL)

Ambiente e Apoio: Presença de acompanhante Ambiente com menor luminosidade Liberdade de movimentação

Métodos não farmacológicos para alívio da dor: Banho morno Bola/Poltrona Massagem Técnicas respiratórias

Outros: _____

Intervenções (Clinicamente indicadas): Uso de ocitocina Amniotomia Monitorização contínua Prefere ser informada antes de qualquer intervenção

PARTO VAGINAL

Preferências: Liberdade de posição (vertical, lateral, cócoras, etc.) Evitar episiotomia de rotina Participação ativa no período expulsivo

Pós nascimento imediato: Contato pele a pele imediato Clampeamento tardio do cordão Amamentação na primeira hora

CESARIANA (ELETIVA OU NECESSÁRIA)

Durante o procedimento: Presença de acompanhante (conforme protocolo institucional) Ambiente humanizado (música, se possível) Informação contínua sobre o procedimento

Após o nascimento: Contato pele a pele na sala cirúrgica (se condições clínicas permitirem) Amamentação precoce
 Acompanhante com o recém-nascido em tempo integral

CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contato pele a pele imediato | <input type="checkbox"/> Profilaxia ocular conforme protocolo |
| <input type="checkbox"/> Aleitamento materno na primeira hora | <input type="checkbox"/> Deseja ser informada antes de procedimentos |
| <input type="checkbox"/> Administração de vitamina K conforme rotina | |

INTERVENÇÕES A EVITAR (SE POSSÍVEL)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Episiotomia de rotina | <input type="checkbox"/> Restrição ao leito sem indicação |
| <input type="checkbox"/> Uso indiscriminado de ocitocina | <input type="checkbox"/> Separação desnecessária do binômio mãe-bebê |

CONDIÇÕES ESPECIAIS / OBSERVAÇÕES

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Declaro que fui orientada sobre as possibilidades relacionadas ao trabalho de parto, parto e pós-parto, e que minhas preferências aqui descritas serão respeitadas sempre que as condições clínicas maternas e fetais permitirem.

Estou ciente de que, diante de situações de risco, a equipe assistencial poderá adotar condutas diferentes das aqui descritas, priorizando a segurança.

Gestante: _____

Acompanhante: _____

Profissional responsável: _____

Teófilo Otoni, _____ de _____ de _____