Nome da Paciente: **[inserir nome da paciente]**

Data Prevista de Parto: **[inserir data prevista de parto]**

**Introdução**:

Eu, **[inserir nome da paciente**], gostaria de compartilhar as minhas preferências para o parto com a equipe de saúde envolvida no meu trabalho de parto e parto. Entendo que circunstâncias imprevistas podem exigir desvios deste plano, mas espero que as minhas escolhas e desejos possam ser acomodados o máximo possível.

**Preferências para o Trabalho de Parto:**

1. Pessoa de Apoio: Eu gostaria que meu(a) parceiro(a)/cônjuge/membro da família **[inserir nome]** esteja presente comigo durante todo o trabalho de parto e parto. O apoio emocional deles é fundamental para mim.

2. Mobilidade: Prefiro poder me movimentar livremente durante o trabalho de parto, desde que não interfira nas necessidades médicas.

3. Alívio da Dor: Prefiro ter um parto natural sem medicação para a dor. No entanto, gostaria de discutir opções alternativas de alívio da dor, se necessário.

4. Estimulação do Trabalho de Parto: Gostaria de evitar ou minimizar o uso de ocitocina sintética ou outros métodos de estimulação do trabalho de parto, a menos que seja necessário por motivos médicos.

5. Monitoramento: Gostaria de monitoramento fetal intermitente, desde que o bem-estar do bebê permita, pois isso permite maior mobilidade e liberdade de movimento.

6. Fluidos Intravenosos: Prefiro ter uma agulha no acesso venoso, em vez de uma intravenosa contínua, se possível, para permitir mobilidade e liberdade de movimento.

7. Ambiente: Agradeço um ambiente calmo e tranquilo, com iluminação suave e poucas interrupções, para me ajudar a relaxar durante o trabalho de parto.

**Preferências para o Parto:**

1. Posições: Prefiro escolher as posições de parto com base no conforto e no progresso durante a fase de expulsão.

2. Cuidados com o Períneo: Agradeceria o suporte ao períneo e compressas mornas para minimizar o risco de laceração perineal durante o parto.

3. Episiotomia: Gostaria de evitar a episiotomia, se possível. Por favor, discuta alternativas e considere apenas se absolutamente necessário.

4. Assistência: Agradeço orientação e encorajamento durante a fase de expulsão para me ajudar a realizar o parto de forma eficaz.

5. Coroamento: Por favor, permita uma fase de coroamento lenta e controlada para minimizar lacerações e reduzir as chances de episiotomia.

6. Contato Pele a Pele Imediato: Gostaria de ter contato pele a pele imediato com o meu bebê após o parto, se possível, e adiar procedimentos de rotina para o estabelecimento de vínculo e amamentação.

7. Cordão Umbilical: Gostaria de atrasar o clampeamento do cordão umbilical por pelo menos **[Inserir Tempo Preferido]** ou até que pare de pulsar, para permitir a transferência ideal de sangue para o meu bebê.

**Preferências pós-parto:**

1. Amamentação: Pretendo amamentar o meu bebê e gostaria de orientação e apoio da equipe de saúde.

2. Permanência com o Bebê: Prefiro ter o meu bebê comigo o tempo todo para incentivar o vínculo e facilitar a amamentação, a menos que haja motivos médicos para separação.

3. Visitas: Gostaria de limitar o número de visitantes durante o período pós-parto imediato para permitir descanso e tempo de vínculo.

4. Procedimentos com o Recém-Nascido: Gostaria de ser informada e envolvida em todos os procedimentos com o recém-nascido, como vacinas, pesagem e banho.

5. Cuidados Pós-Parto: Gostaria de receber informações e apoio para os cuidados pós-parto, incluindo manejo da dor, apoio à amamentação e bem-estar emocional.

Por favor, mantenham este Plano de Parto em meu prontuário médico para referência durante o trabalho de parto e parto. Agradeço o respeito pelas minhas preferências e a comunicação aberta ao longo do processo.

Agradeço o apoio de todos.

**Comunicação e Tomada de Decisões:**

1. Desejo ser informada sobre todas as intervenções médicas propostas, juntamente com os seus benefícios, riscos e alternativas, para que eu possa tomar decisões informadas sobre o meu cuidado e o do meu bebê.

2. Peço que a equipe de saúde se comunique comigo de forma clara, respeitosa e empática, levando em consideração minhas preferências e desejos sempre que possível.

3. Caso seja necessário um plano de emergência, peço que a equipe me envolva nas discussões e tome medidas para garantir a minha segurança e a do meu bebê.

**Cuidados Especiais:**

1. Se houver necessidade de uma cesárea de emergência, solicito que meu parceiro(a)/cônjuge/familiar esteja presente comigo, se possível, para me fornecer apoio emocional durante o procedimento.

2. Em caso de separação do meu bebê, seja devido a complicações ou internação na UTI neonatal, peço que seja fornecido suporte emocional e informações frequentes sobre o estado do meu bebê e a possibilidade de visitas.

**Observações Adicionais:**

**[Inserir quaisquer observações ou requisitos específicos adicionais que a paciente tenha]**

Agradeço sinceramente à equipe de saúde pelo seu cuidado e apoio neste momento especial.

Reconheço que, em certas situações, podem ser necessárias alterações no plano de parto para garantir a segurança e o bem-estar meu e do meu bebê. Estou confiante de que trabalharemos juntos para tomar as melhores decisões para o nosso cuidado.