

# Plan de naissance

Nom :



Date d'accouchement :



Prénom :



Nom de l'hôpital :



Nom de la personne qui m'accompagne :



Doula (le cas échéant) :



## Mon accouchement est prévu de cette façon :

- Accouchement par voie vaginale       Accouchement dans l'eau       Césarienne

## Informations sur la santé :

Streptocoque du groupe B :

- J'ai été testée positive  
 J'ai été testée négative  
 Je n'ai pas fait de test ou je ne sais pas

Mon groupe sanguin est Rh négatif :

- Oui  
 Non

Y a-t-il d'autres complications de la grossesse dont nous devrions être informés ?

Allergies : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Handicaps/altérations/blessures qui pourraient affecter le processus d'accouchement :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres conditions de santé, maladies ou affections : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Pendant le travail

**Le type d'accouchement que je prévois est :**

---

---

---

---

**Les personnes présentes pendant le travail seront :**

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conjoint       | <input type="checkbox"/> Doula |
| <input type="checkbox"/> Parents        | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Autres enfants |                                |

**J'aimerais essayer ces positions d'accouchement :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ballon de naissance     | <input type="checkbox"/> Accouchement dans l'eau |
| <input type="checkbox"/> Assise                  | <input type="checkbox"/> Accroupie               |
| <input type="checkbox"/> Tabouret d'accouchement | <input type="checkbox"/> À genoux                |
| <input type="checkbox"/> Allongée sur le côté    | <input type="checkbox"/> À quatre pattes         |
| <input type="checkbox"/> Dans le lit             |  |

**Pendant le travail, je voudrais :**

- Rester hydratée avec des boissons autorisées
- Manger et boire (avec l'approbation de mon médecin)
- Diminuer l'éclairage
- Aussi peu d'exams vaginaux que possible
- Aussi peu d'interruptions que possible
- Que ma personne de confiance soit présente tout le temps
- Autre : \_\_\_\_\_

---

---

# Pendant le travail

## Je souhaiterais que la surveillance fœtale soit :

- Continue
- Intermittente
- Effectuée uniquement par Doppler
- Effectuée uniquement si le bébé est en détresse

## Pour le soulagement de la douleur, j'aimerais :

- Massage
- Ballon de naissance/tabouret/chaise de naissance
- Méditation
- Réflexologie
- Épidurale standard
- Protoxyde d'azote
- Épidurale ambulatoire
- Médicaments antidouleur par voie intraveineuse

Bloc pudendal

Hydrothérapie

Acupression

Autre : \_\_\_\_\_

# Pendant l'accouchement

## Pendant l'accouchement, j'aimerais :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Avoir l'aide de personnes pour le soutien de mes jambes | <input type="checkbox"/> M'accroupir               |
| <input type="checkbox"/> Être dans une baignoire de naissance                    | <input type="checkbox"/> Être allongée sur le côté |
| <input type="checkbox"/> Utiliser un ballon pour le soutien                      | <input type="checkbox"/> Être à quatre pattes      |
| <input type="checkbox"/> M'appuyer sur ma personne de confiance/mon conjoint     | <input type="checkbox"/> Être sous la douche       |
| <input type="checkbox"/> Utiliser une chaise pour le soutien                     |  |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____   |  |
- 
- 

## Si une épisiotomie est suggérée, je :

- Serais heureuse de suivre les conseils
- N'accepterais que si c'est absolument nécessaire

## Si une césarienne est nécessaire, j'aimerais :

- Un deuxième avis
  - Rester consciente
  - Que ma personne de confiance/conjoint reste avec moi tout le temps
  - Que ma personne de confiance/conjoint tienne le bébé dès que possible
  - Que l'opération soit expliquée au fur et à mesure
  - Que je puisse voir le bébé sortir
  - Autre: \_\_\_\_\_
- 
- 

## Pendant que le bébé sort, j'aimerais :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Éviter l'utilisation d'une ventouse                            | <input type="checkbox"/> Utiliser un miroir       |
| <input type="checkbox"/> Éviter l'utilisation de forceps                                | <input type="checkbox"/> Pousser spontanément     |
| <input type="checkbox"/> Toucher la tête au fur et à mesure qu'elle sort                | <input type="checkbox"/> Aider à attraper le bébé |
| <input type="checkbox"/> Pousser selon les directives                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Laisser ma personne de confiance/mon conjoint attraper le bébé |   |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____  |   |
- 
-

# Après l'accouchement

## Immédiatement après l'accouchement, j'aimerais :

- Que ma personne de soutien/mon conjoint coupe le cordon ombilical
  - Que le personnel médical coupe le cordon ombilical
  - Accoucher du placenta naturellement
  - Retarder le clampage du cordon
  - Si possible, faire don de mon placenta
  - Ne pas recevoir d'oxytocine
  - Autre : \_\_\_\_\_
- 
- 

## J'aimerais tenir le bébé :

- Immédiatement après l'accouchement
- Après qu'il soit nettoyé et emmailloté

## Je préférerais nourrir le bébé :

- Uniquement avec du lait maternel
- Uniquement avec du lait maternisé
- Avec du lait maternel et du lait maternisé
- Selon un horaire
- À la demande
- Avec l'aide d'un spécialiste de l'allaitement

## Je prévois de nourrir mon bébé :

- Au sein
- Au biberon
- Je ne sais pas encore

# Après l'accouchement

## Merci de ne pas donner au bébé :

- Une tétine
  - Des gouttes pour les yeux
  - Du lait maternisé
  - Autre : \_\_\_\_\_
- 
- 

## Autres demandes concernant le bébé :

- J'aimerais retarder les procédures pour le bébé pendant la première heure pour nourrir et créer des liens
  - Je souhaite que toutes les procédures et les médicaments administrés à mon bébé soient expliqués au préalable
  - Je souhaite que le premier bain de bébé soit donné en ma présence ou en présence de mon conjoint
  - Je souhaite donner le premier bain de bébé, ou ma personne de confiance/conjoint
  - Si mon bébé est un garçon, je veux qu'il soit circoncis à l'hôpital
  - Si mon bébé est un garçon, je ne veux pas qu'il soit circoncis
  - Autre : \_\_\_\_\_
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-