

PLAN DE NAISSANCE

UN PLAN CULTURELLEMENT ADAPTÉ SUR LA FAÇON DONT VOUS
CHOISISSEZ D'ACCOUCHER & SUR VOS RELATIONS AVEC LES
PRESTATAIRES DE SOINS & LES AUTRES PERSONNES DE SOUTIEN



Félicitations ! Certaines personnes pensent que devenir parents commence après la naissance du bébé mais cela commence dès la conception. Votre travail et la naissance de votre bébé sont des événements signifiants dont vous vous souviendrez pour toujours. Il est important que vous sentiez que, quoiqu'il arrive, toutes les personnes impliquées vous respectent.

Les plans de naissance ne vous garantissent pas que la naissance se passera exactement comme vous l'avez imaginé. Ils représentent cependant des outils de communication utiles qui permettent à vos prestataires de soins de savoir ce que vous aimeriez qu'il se passe pour vous (et pour votre bébé immédiatement après la naissance), tant que tout se passe normalement. Souvenez-vous que les prestataires de la santé sont là pour assurer votre bien-être et celui de votre bébé, ces personnes ne sont donc pas toujours en mesure de vous offrir l'expérience que vous espériez. Néanmoins, leur objectif est de garantir une expérience sécuritaire et saine pour vous et votre bébé. Assurez-vous de passer en revue ce plan de naissance avec votre prestataire de soins afin que vous sachiez ce qui est possible (ou non) avant que votre travail débute. Tous les établissements sont différents. Ce plan de naissance a été créé pour des naissances ayant lieu dans un contexte canadien.

Nom complet: _____

Pronoms: _____

Date prévue: _____

Docteur / Sage-femme: _____

Nom du / de la partenaire: _____

Pronoms du / de la partenaire: _____

Je prévois d'accoucher: À la maison À l'hôpital Dans un centre de naissance
(Veuillez entourer une des options)

État de santé durant cette grossesse

- Strep du groupe B
- Rh incompatible
- Tension élevée
 - Médicaments (p. ex. Anti-hypertenseurs)
- Autre :
- Diabète:
 - Type 1
 - Type 2
 - Gestationnel
 - Insulinodépendant
 - Contrôlé par régime alimentaire
 - Médicament oral (p. ex. Metformine)

Méthode d'accouchement prévue:

- Vaginal
- Césarienne

- Dans l'eau
- Essai d'accouchement vaginal après césarienne (TOLAC)

J'aimerais les personnes suivantes durant ET / OU après le travail:

Partenaire: _____

Parents: _____

Autre(s) enfant(s) (Remarque : Un adulte (pas la personne enceinte) doit être présent pour s'occuper du / des enfant(s))

Doula: _____

Autre: _____

Environnement de naissance

- Musique (j'amènerai mes propres haut-parleurs)
- Lumière tamisée (si possible)
- Pièce la plus calme possible
- Examens vaginaux limités au minimum nécessaire
- Personnel de l'hôpital limité à la sage-femme et / ou docteur et à l'infirmière / infirmier affecté(e) – pas d'étudiant(e)s, de stagiaires ou d'internes
- Boissons et nourriture en fonction de ce qui est toléré (pas une option dans le cas d'une péridurale)

Surveillance de la fréquence cardiaque fœtale *Remarque: Options seulement disponibles quand la fréquence cardiaque reste normale*

- Doppler portatif
- Foetoscope
- Surveillance foetale électronique en continu

Intimité durant le travail

- J'attache de l'importance à la pudeur. Veuillez me permettre de me couvrir au besoin et de garder la porte fermée.
- Pas d'étudiant(e)s inconnu(e)s dans la pièce sans mon consentement préalable.
- (Le cas échéant) Je ne veux PAS que mes informations médicales soient partagées avec les personnes me rendant visite durant mon séjour (Statut VIP).

Soulagement de la douleur

Je prévois de gérer la douleur du travail en utilisant :

- Techniques d'hypnonaissance
- Activité physique
- Massage
- Acupression / Acuponcture
- Techniques de respiration
- Entenox (Oxyde nitreux)
- Thermothérapie

- TENS
- Péridurale
- Rien
- Autre

Augmentation du travail

- Seulement pour empêcher la détresse du bébé
- Décollement des membranes en premier
- Ocytocine (Pitocine)
- Rupture des membranes
- Ne jamais déchirer les membranes, sauf en cas d'urgence

Episiotomie

(Remarque: Ceci est seulement utilisé dans le cas d'une urgence, quand la tête est sur le périnée)

- Effectuée seulement après des compresses chaudes, des changements de position et / ou un massage
- Effectuée avec une anesthésie locale
- Remise en état avec une anesthésie locale, si je n'ai pas de péridurale

Durant la poussée

- Différentes positions (p. ex. à quatre pattes, accroupie, allongée sur le côté, debout)
- Dans la baignoire d'accouchement
- Sous la douche
- M'appuyer sur mon / ma partenaire
- Être autorisée à pousser pendant plus de 2 heures si la descente a lieu
- Autre:

Durant l'accouchement, j'aimerais:

- Pousser spontanément
- Être dirigée dans la poussée
- Utiliser un miroir pour voir la tête du bébé
- Toucher la tête du bébé
- Être capable de me baisser et de recevoir mon bébé pendant sa sortie
- Laisser mon / ma partenaire aider à attraper le bébé
- Je suis d'accord avec ce que ma sage-femme / docteur suggère
- Autre:

Immédiatement après la naissance:

- Mon / ma partenaire coupe le cordon ombilical
- Le clampage du cordon est différé (pendant au moins 60 secondes)

- Sang du cordon à la banque
- Donation du sang du cordon
- Laisser le placenta sortir spontanément (dans les 15 min)
- Emmener mon placenta à la maison (j'amènerai un récipient)
- Voir le placenta avant de le jeter

Si une césarienne est nécessaire, j'aimerais (en fonction de l'hôpital):

- Un deuxième avis
- Que toutes les autres options soient d'abord explorées
- Une anesthésie péridurale plutôt que générale (à moins qu'il s'agisse d'une urgence)
- Anesthésie générale
- Technique naturelle de césarienne
- Que le déroulement de l'opération me soit expliqué
- Que mon / ma partenaire soit avec le bébé le plus tôt possible
- Allaiter dans la salle de réveil

J'aimerais tenir le bébé:

- Immédiatement après la naissance
- Après avoir été essuyée et nettoyée
- Pendant que le bébé reçoit des médicaments
- Pendant que les tests sont effectués

Alimentation du bébé:

J'aimerais nourrir mon bébé de la façon suivante:

- Allaitement / Lait maternel exclusivement
- Autre:
- Combinaison (Lait maternel & lait maternisé au besoin)
- Lait maternisé exclusivement

Médicaments pour le nourrisson:

J'accepte que mon bébé reçoive:

- Pommade d'érythromycine pour les yeux
- Vitamine K (pour empêcher une maladie hémorragique du nourrisson)

Si mon bébé a besoin d'un transfert à l'USIN, j'aimerais:

- Que mon / ma partenaire ou membre de la famille soit présent(e) le plus possible
- Allaiter et / ou fournir du lait maternel extrait

Information additionnelle que j'aimerais porter à votre attention (p. ex. traumatismes, habitudes religieuses):
