

Plan de Nacimiento para el Hospicio Perinatal de UNC

Plan de Nacimiento para el Bebé _____

Este plan de nacimiento representa nuestros deseos para el trabajo de parto, parto, cuidados de posparto y cuidados del período neonatal de nuestro bebé. Hemos desarrollado este plan con ayuda del Programa del Hospicio Perinatal a través de los Hospitales de UNC y del Centro para la Salud Maternal e Infantil. Sabemos que las circunstancias que se encuentren más allá del control de todos pueden prevenir o cambiar algunas de las cosas mencionadas abajo, pero esperamos que ésta les sirva como guía de nuestros deseos.

Introducción

Nuestro bebé ha sido diagnosticado en el período prenatal con una condición que amenaza su vida.

El ultrasonido realizado en el período prenatal reveló _____

Nos hicieron una amniocentesis durante el embarazo

Sí

No

Si la respuesta es sí, la amniocentesis mostró _____

Terapia genética fue provista por _____ (919) 966-2229

Nuestra familia también ha sido asistida por el Programa de Hospicio Perinatal de UNC por: _____ (919) _____ - _____

Nos gustaría que los siguientes proveedores de asistencia médica sean notificados en cuanto haya nacido el bebé:

1. _____, teléfono () _____
2. _____, teléfono () _____

Trabajo de Parto y Parto

- Hemos sido informados de que hay/no hay un riesgo elevado de que el bebé nazca muerto.
- Queremos/no queremos que el latido del corazón de nuestro bebé sea monitoreado durante el trabajo de parto.
- Si se pierde el latido del corazón antes del parto, queremos/no queremos ser informados.

- Mis preferencias para el control del dolor y medicamentos incluyen:

- Hemos hablado acerca del tema de la Cesárea con: (por favor escriba)

	Nombre	Afiliación	Número de Teléfono	Fecha
Dr.	_____	_____	_____	_____
Dr.	_____	_____	_____	_____
Dr.	_____	_____	_____	_____

Estamos enterados de que hay un mayor número de riesgos para la madre asociados con la Cesárea como método de parto en comparación con el parto vaginal. Sabemos que una Cesárea puede ser necesaria si surge alguna complicación obstétrica que ponga la salud de _____ en peligro. Comprendemos que una Cesárea no es garantía de que el bebé nacerá con vida.

Queremos/no queremos una Cesárea si hay sufrimiento fetal.

- Nos gustaría que _____ cortara el cordón umbilical después del nacimiento si es posible.
- Solicitamos que nuestro bebé sea entregado inmediatamente después del nacimiento a su madre/padre dependiendo de las circunstancias.
Sí No
- Debido a que puede que nuestro bebé no sobreviva por mucho tiempo, por favor posponga cualquier procedimiento que pueda hacerse después. Queremos que nuestro bebé esté en el cuarto con nosotros durante los cuidados de rutina. Solicitamos que se lleven a cabo tantos procedimientos rutinarios y necesarios como sea posible con el bebé en nuestros brazos.
Sí No
- Solicitamos que se lleve a cabo una ceremonia (bendición, bautizo, etc.) de acuerdo con nuestras creencias religiosas realizada por _____
- Algunas peticiones especiales incluyen:

Miembros de la Familia

- Nos gustaría que _____ estuviera presente en el parto si es posible.
- Después del nacimiento, nos gustaría que _____ pudiera entrar a nuestro cuarto y que pasara tiempo con nosotros y nuestro bebé.

- Peticiones especiales:

Atención Médica del Bebé

Hemos sido informados de la historia natural del diagnóstico de nuestro bebé, y del mal pronóstico que está asociado con esta condición.

- Si nuestro bebé nace muerto, nos gustaría que él/ella se quede con nosotros en nuestro cuarto tanto tiempo como sea posible.

Sí No

- Si nuestro bebé nace vivo,

- Deseamos utilizar todas las intervenciones médicas posibles para prolongar la vida del bebé.

O

- Deseamos utilizar todas las intervenciones médicas excepto _____ para prolongar la vida de nuestro bebé.

O

- No queremos que se inicien medidas heroicas, como el ventilador o la resucitación. Queremos que nuestro bebé reciba medicinas para promover su comodidad pero no para extender su vida. (El cuidado para su comodidad incluye mantener al bebé caliente, medicamentos para el dolor si son necesarios, alimentación u otras medidas para su comodidad.)

Alimentación de Nuestro Bebé

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Nos gustaría intentar darle pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alimentación con botella o fórmula | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alimentación con botella de leche materna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

