



**DEFENSORIA PÚBLICA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO**



**PLANO DE PARTO**

NOME:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

E-MAIL:

DATA:

**Durante o Trabalho de parto:**

1. Presença de um acompanhante de minha preferência, conforme a Lei 11.108/2005  
( ) SIM ( ) NÃO
2. Uso contínuo de Soro e Ocitocina Sintética  
( ) SIM ( ) NÃO
3. Liberdade para beber água e sucos enquanto seja tolerado.  
( ) SIM ( ) NÃO
4. Liberdade para caminhar e mudar de posição.  
( ) SIM ( ) NÃO
5. Monitoramento fetal: apenas se for essencial, e não contínuo.  
( ) SIM ( ) NÃO
6. Raspagem dos pelos pubianos  
( ) SIM ( ) NÃO
7. Analgesia somente quando eu pedir.  
( ) SIM ( ) NÃO

**Parto (hora do nascimento):**

8. Liberdade para escolher a posição que me sentir melhor:  
( ) SIM ( ) NÃO
9. Episiotomia (corte na vagina) – somente se necessário com justificativa:  
( ) SIM ( ) NÃO
10. Manobra de Kristeller (profissional de saúde faz pressão no fundo do útero para empurrar o bebê para fora):  
( ) SIM ( ) NÃO
11. Ruptura artificial de bolsa, por rotina:  
( ) SIM ( ) NÃO
12. Amarração dos braços e das pernas durante o parto:  
( ) SIM ( ) NÃO
13. Bebê imediatamente colocado no colo para o contato pele a pele:  
( ) SIM ( ) NÃO

**Após o parto:**

14. Aguardar expulsão espontânea da placenta com auxílio da amamentação

( ) SIM ( ) NÃO

15. O bebe deve ficar comigo o tempo todo, mesmo para avaliação e exames.

( ) SIM ( ) NÃO

16. Alta o quanto antes.

( ) SIM ( ) NÃO

**Caso a cirurgia cesariana seja necessária.**

17. Presença do acompanhante:

( ) SIM ( ) NÃO

18. Anestesia: peridural, sem sedação.

( ) SIM ( ) NÃO

19. Ver a hora do nascimento, com o rebaixamento do protetor ou por um espelho.

( ) SIM ( ) NÃO

20. Após o nascimento, colocar o bebê sobre o peito e que as mãos estejam livres para segurá-lo

( ) SIM ( ) NÃO

21. Amamentação o quanto antes.

( ) SIM ( ) NÃO

**Cuidados com o bebê:**

22. Amamentação na primeira hora de vida:

( ) SIM ( ) NÃO

23. Oferecimento de água glicosada ou leite artificial:

( ) SIM ( ) NÃO

24. Alojamento conjunto o tempo todo.

( ) SIM ( ) NÃO

25. Colírio de nitrato de prata quando os exames de Streptococo, Clamídia e Gonorréia forem negativos:

( ) SIM ( ) NÃO

**Esse é meu Plano de Parto, que protocolo neste momento para que minha vontade e autonomia sejam atendidas. Solicito que procedimentos em desacordo com o aqui expressamente descrito, sejam devidamente justificados no meu prontuário médico.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura:

Protocolo:

Recebido em \_\_\_\_\_

Por (nome e função): \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_