

Le plan de naissance est un document que vous pouvez préparer à l'intention des professionnels qui vous accompagneront pendant votre accouchement. Ce plan aide l'équipe médicale à mieux vous connaître et à savoir quels sont vos préférences et vos souhaits.

1. Plan de naissance de : _____
Prénom et nom du bébé : _____
Je désire : Allaiter Biberon Allaitement mixte
2. Pendant le travail j'aimerais :
 Écouter de la musique Que les lumières soient tamisées Utiliser l'aromathérapie
 Porter mes propres vêtements Pouvoir manger et boire si j'en ressens le besoins Pouvoir me déplacer librement
 Écouter le cœur du bébé de façon intermittente
3. J'apprécierais si les examens vaginaux étaient faits :
 Lorsque l'équipe médicale le juge nécessaire À ma demande seulement
 Par la même personne si possible Limiter au maximum les examens vaginaux
4. Pour soulager la douleur, j'aimerais avoir recours aux méthodes suivantes :
 Bain / douche Technique Bonapace (points de pression) Marcher
 Ballon thérapeutique Utilisation du chaud / froid Banc de naissance
 Massages Épidurale Bloc honteux Respiration et technique de relaxation
 Réflexologie / Accupression Médication Variation de position
 Ne pas m'offrir médication ou autre, je le demanderai au besoin
5. Dans la mesure du possible, j'aimerais éviter les interventions suivantes :
 L'épisiotomie (incision au niveau du périnée pour faciliter le passage du bébé) Les forceps ou ventouses
 L'installation d'un soluté ou accès veineuse
6. Si le travail ralentit, j'aimerais qu'on privilégie les techniques suivantes :
 La marche et le mouvement La rupture artificielle des membranes La stimulation des seins
 Le bain L'injection d'ocytocine synthétique Le décollement des membranes (stripping)
 Je préférerais qu'on évite la stimulation et qu'on laisse au bébé le temps dont il a besoin dans la mesure du possible.
7. Lorsque viendra le temps de l'accouchement, j'aimerais utiliser les positions suivantes :
 Accroupie À quatre pattes Couchée sur le dos
 Debout Semi-assise Sur le côté
 Variation de position

8. Pour m'aider à accoucher, je souhaite :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Utiliser un miroir pour voir arriver le bébé | <input type="checkbox"/> Utiliser un banc de naissance | <input type="checkbox"/> Qu'on applique des compresses chaudes sur mon périnée |
| <input type="checkbox"/> Que la personne qui m'accompagne participe | <input type="checkbox"/> Qu'on me conseille sur la façon de pousser | <input type="checkbox"/> Qu'on me laisse pousser selon mes besoins |
| <input type="checkbox"/> Toucher la tête du bébé pour l'évolution des poussées | | |

9. Si une césarienne s'avérait nécessaire, j'aimerais :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Qu'une personne qui m'accompagne assiste à la chirurgie si possible | <input type="checkbox"/> Faire la peau à peau avec mon bébé le plus rapidement possible après la naissance |
| <input type="checkbox"/> Connaître l'état de mon bébé si réanimation / complication | <input type="checkbox"/> Qu'on m'explique les différentes interventions faites pendant la césarienne (médecin et infirmière) |

10. À la naissance de mon bébé, j'aimerais :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Qu'il soit déposé immédiatement en peau à peau sur mon ventre | <input type="checkbox"/> Qu'on retarde le clampage du cordon | <input type="checkbox"/> Que la personne qui m'accompagne ou moi-même coupe le cordon |
| <input type="checkbox"/> Au besoin, qu'il puisse faire peau à peau avec la personne de mon choix | <input type="checkbox"/> Pouvoir allaiter mon bébé le plus rapidement possible | <input type="checkbox"/> Qu'on respecte l'intimité de notre famille |

11. J'accepte que mon bébé reçoive les soins suivants :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le bain | <input type="checkbox"/> L'injection de vitamine K dans la cuisse |
| <input type="checkbox"/> L'onguent antibiotique dans les yeux | <input type="checkbox"/> Je voudrais que ces soins et l'examen du bébé aient lieu après la première tétée |
| <input type="checkbox"/> Avoir la possibilité d'allaiter pendant les interventions | |

12. Si mon bébé a besoin de suppléments, j'aimerais :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Qu'on lui offre seulement mon colostrum exprimé | <input type="checkbox"/> Qu'on offre des suppléments de préparations lactées à mon bébé avec mon autorisation | <input type="checkbox"/> Nourrir mon bébé avec des préparations lactées |
|--|---|---|

13. Je souhaite récupérer mon placenta au congé

14. Je crois que l'information suivante vous sera utile :

Rappelez-vous qu'un accouchement est imprévisible. Votre plan de naissance n'est donc pas une liste d'exigences, mais plutôt une description de ce qui est important pour vous et de ce que vous aimeriez voir respecté si possible.

Signature de la mère

Signature du / de la conjointe(e)

Signature du médecin / sage-femme