



PLAN DE NAISSANCE

La préparation d'un plan de naissance vous donnera l'occasion de réfléchir avec votre partenaire aux divers choix qui s'offrent à vous durant le travail et l'accouchement. Assurez-vous de discuter de vos souhaits et de vos inquiétudes avec votre médecin, votre sage-femme ou votre infirmière praticienne spécialisée (IPS) avant l'accouchement.

naître
ET grandir

1 JE M'APPELLE :

PENDANT MON ACCOUCHEMENT, JE SERAI ACCOMPAGNÉE PAR :

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 besoin;
- pouvoir me déplacer librement.

3 JE SOUHAITERAIS AUSSI :

- être informée de toutes les [interventions](#) avant qu'elles soient posées;
- qu'on limite le va-et-vient du personnel dans ma chambre;
- éviter la présence d'étudiants en médecine;
- qu'on utilise uniquement des appareils portatifs de façon intermittente pour vérifier l'état de mon bébé;
- que le volume des moniteurs soit bas afin de favoriser ma détente.

4 J'APPRÉCIERAI SI LES [EXAMENS VAGINAUX](#) ÉTAIENT FAITS :

- à ma demande seulement;
- lorsque l'équipe médicale le juge nécessaire.

5 POUR SOULAGER LA DOULEUR, J'AIMERAIS AVOIR RECOURS AUX MÉTHODES SUIVANTES :

- [autohypnose](#)
- [bain/douche](#)
- [ballon thérapeutique](#)
- [injections de papules d'eau stérile](#)
- [massages](#)
- [méthode Bonapace](#)
- [réflexologie ou acupression](#)
- [sac magique ou bouillotte](#)
- [techniques de relaxation et de respiration](#)
- [TENS](#)

6 EN CE QUI CONCERNE LES MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ([PROTOXYDE D'AZOTE](#), CALMANT, [ÉPIDURALE](#)), JE PRÉFÉRERAI :

- qu'on me les offre pour soulager la douleur au besoin;
- qu'on ne me les offre pas à moins que j'en fasse la demande;
- qu'on m'explique les avantages et les inconvénients de chaque méthode.

7 DANS LA MESURE DU POSSIBLE, JE SOUHAITERAIS ÉVITER LES INTERVENTIONS SUIVANTES :

- anesthésie locale à la poussée
- [épisiotomie](#)
- [gel ou tampon de prostaglandines](#)
- [ballonnet](#)
- forceps ou ventouse
- [installation d'un soluté](#) ou accès veineux

8 SI LE TRAVAIL RALENTIT, J'AIMERAIS QU'ON PRIVILÉGIE LES TECHNIQUES SUIVANTES POUR LE [STIMULER](#) :

- la marche et le mouvement;
- la réflexologie;
- [la rupture artificielle des membranes](#);
- la stimulation des seins;
- le bain ou la douche;
- [l'injection d'ocytocine synthétique](#).

Je préférerais qu'on évite la stimulation artificielle et qu'on laisse au bébé le temps dont il a besoin.

SUITE ↓

PLAN DE NAISSANCE

9 LORSQUE VIENDRA [LE TEMPS DE POUSSER](#), J'AIMERAIS UTILISER LES POSITIONS SUIVANTES :

accroupie
à quatre pattes
couchée sur le dos
debout
semi-assise
sur le côté

10 POUR M'AIDER À POUSSER, JE SOUHAITE :

utiliser un miroir pour voir arriver mon bébé;
utiliser un banc de naissance;
qu'on applique des compresses chaudes sur mon périnée;
que la personne qui m'accompagne participe;
qu'on me conseille sur la façon de pousser;
qu'on me laisse pousser selon mon instinct;
qu'on ne me donne pas d'instructions à haute voix qui pourraient me déconcentrer.

11 SI UNE [CÉSARIENNE](#) S'AVÉRAIT NÉCESSAIRE, JE PRÉFÉRERAI :

que les soins préparatoires (rasage, sonde urinaire) soient faits après l'administration de l'anesthésie;
que la personne qui m'accompagne assiste à la chirurgie.

12 À LA NAISSANCE DE MON BÉBÉ, J'AIMERAIS :

qu'il soit déposé immédiatement en peau à peau sur mon ventre;
qu'il soit remis à la personne qui m'accompagne si je suis inconfortable;
qu'on attende deux minutes après la naissance avant de clamber et couper le cordon;
couper moi-même le cordon;
que la personne qui m'accompagne coupe le cordon.

13 J'ACCEPTÉ QUE MON BÉBÉ REÇOIVE LES SOINS SUIVANTS :

aspiration des sécrétions (nez, bouche);
bain après 24 heures de vie;
injection de vitamine K dans la cuisse;
onguent antibiotique dans les yeux.
Je voudrais que ces soins et l'examen du bébé aient lieu après la première tétée et qu'ils soient faits sur moi.

14 POUR [L'EXPULSION DU PLACENTA](#), J'AIMERAIS :

recevoir une injection d'ocytocine pour accélérer l'expulsion;
que l'expulsion soit naturelle et sans intervention du personnel soignant;
que le [placenta me soit remis après l'accouchement](#).

15 JE SOUHAITE :

allaiter mon bébé et qu'il ne reçoive pas de suppléments de préparations lactées;
allaiter mon bébé et qu'on lui offre des suppléments de préparations lactées seulement avec mon autorisation;
nourrir mon bébé avec des préparations lactées;
recevoir la visite d'une consultante en lactation si j'éprouve des difficultés avec mon allaitement.

16 JE CROIS QUE L'INFORMATION SUIVANTE VOUS SERA UTILE :

Signature de la mère

Signature du conjoint ou de la conjointe

Signature du médecin, de la sage-femme ou de l'IPS