

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 r. poz. 160 i 138) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się standard organizacyjny w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Przepisy części XIII ust. 3 pkt 7 załącznika do rozporządzenia stosuje się od dnia 1 stycznia 2022 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.²⁾

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR
Departamentu Prawnego

Konrad Miłoszewski

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej sprawowanej nad pacjentką w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), które tracą moc z dniem 31 grudnia 2018 r. z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 960).

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Makulska

4.04.2018

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, stanowi wykonanie fakultatywnego upoważnienia ustawowego dla ministra właściwego do spraw zdrowia zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz.160 i 138).

Opieka okołoporodowa jest bardzo ważnym elementem świadczeń zdrowotnych, realizowanych nad kobietą w ciąży. Zakres i jakość tej opieki mają bezpośredni wpływ na zdrowie kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu, jak i dzieci. Niniejszy standard jest odpowiedzią na postulaty środowisk reprezentujących kobiety, które domagają się poszanowania ich praw i potrzeb w trakcie porodu i połogu, środowisk społecznych i ekspertów medycyny związanych z opieką okołoporodową. Projektowany standard bazując na doświadczeniu w realizacji dotychczasowych przepisów, zagwarantuje właściwą realizację ww. postulatów, a w konsekwencji zapewni wyższą jakość opieki mającej swoje odzwierciedlenie w utrzymaniu tendencji spadkowej wskaźnika umieralności okołoporodowej. Obecnie obowiązują regulacje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638), które wytyczyło kierunek pozytywnych zmian zarówno w samym schemacie organizacyjnym opieki, jak również w świadomości personelu medycznego i samych kobiet dotyczących porodu.

W związku z nowelizacją upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, której celem było uporządkowanie kwestii dotyczących wydawania standardów, wytycznych i zaleceń w zakresie organizacji opieki zdrowotnej oraz diagnostyki i leczenia, minister właściwy do spraw zdrowia, kierując się dążeniem do poprawy jakości świadczeń opieki zdrowotnej, związanych z opieką okołoporodową, podjął decyzję o wykonaniu fakultatywnego upoważnienia do określenia standardów organizacyjnych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. W tym celu został powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia

z dnia 23 lutego 2017 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 20, 43 i 94) zespół, którego zadaniem było opracowanie projektu nowych standardów organizacyjnych w tym zakresie. Do udziału w opracowaniu powyższych regulacji, oprócz ekspertów w dziedzinach medycyny została również zaproszona strona społeczna angażująca się w sprawy praw kobiet i opieki okołoporodowej. Zespół zakończył prace nad opracowaniem przedmiotowego projektu.

Nowy projekt standardu uwzględnia wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych oraz doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Postanowienia standardu zostały dostosowane do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej i prawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1138, z późn. zm.). W opinii Zespołu przepisy projektowanego rozporządzenia nie ograniczają się wyłącznie do ciąży i porodu o charakterze fizjologicznym, tak, aby standard dotyczył wszystkich ciąż i porodów z wyraźnym wyszczególnieniem sytuacji, które wymagają zastosowania innych dodatkowych procedur. Pozwala to na uwzględnienie w jednym akcie prawnym przepisów dotyczących zarówno przebiegu ciąży jak i łagodzenia bólu porodowego, a także przepisów określających zasady organizacji pracy personelu w przypadkach szczególnych dla pacjentek i ich rodzin takich jak poronienie, urodzenie martwego lub ciężko chorego dziecka, itp. Powyższe, zagwarantuje prawo do postępowania zgodnie ze standardem dla znacznie większej liczby pacjentek, niż w przypadku aktualnie obowiązujących przepisów mających zastosowanie wyłącznie w przypadku ciąży i porodu fizjologicznego. Bez względu na powyższe postanowienia standardu w dalszym ciągu chronią kobiety przed nadmierną medykaliczacją. Standard zaleca ograniczenie do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego. Bezpieczeństwo oznacza, że opieka opiera się na praktykach, których skuteczność została udowodniona naukowo, co zapewnia zminimalizowanie ryzyka i błędów oraz zapewnia wsparcie dla fizjologicznego przebiegu porodu. Szczegółowo odnosi się do przebiegu wszystkich trymestrów ciąży, której poszczególne okresy podzielone są na tygodnie. Schemat opieki nad ciężarną uwzględnia świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia oraz badania diagnostyczne i konsultacje medyczne, wraz z okresami ich

przeprowadzania. Ponadto, w sposób szczegółowy zostały w nim określone następujące zagadnienia:

- 1) identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych;
- 2) plan opieki przedporodowej i plan porodu;
- 3) postępowanie w trakcie porodu;
- 4) edukacja przedporodowa;
- 5) łagodzenie bólu porodowego (farmakologiczne i niefarmakologiczne);
- 6) rozpoczęcie porodu;
- 7) postępowanie w I okresie porodu;
- 8) postępowanie w II okresie porodu;
- 9) postępowanie w III okresie porodu;
- 10) postępowanie w IV okresie porodu;
- 11) opieka nad noworodkiem;
- 12) połów;
- 13) opieka nad pacjentką w sytuacjach szczególnych.

W celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad kobietą w ciąży oraz noworodkiem, w standardzie określono, że ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu. Wyróżnia się trzy poziomy opieki perinatalnej:

- 1) I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży,
- 2) II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia,
- 3) III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży.

Standardy są przepisami prawa powszechnie obowiązującego. Oznacza to, że każdy pracownik medyczny zobowiązany jest do stosowania tych przepisów w praktyce. W celu zapewnienia właściwej jego realizacji, wprowadzono przepisy obligujące personel medyczny sprawujący opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położenia oraz opiekę nad noworodkiem, nie tylko do zapoznania się z niniejszym standardem ale również do jego stosowania oraz systematycznej aktualizacji wiedzy w jego zakresie. Kierowników podmiotów leczniczych zatrudniających ww. personel medyczny zobowiązano zaś do prowadzenia systematycznych

szkoleń, porad, paneli dyskusyjnych zmierzających do popularyzacji standardu wśród personelu medycznego w szczególności wśród osób nowozatrudnionych oraz monitorowania jego przestrzegania. W zakresie sposobów monitorowania standardu pozostawiono swobodę co do wyboru sposobu i częstotliwości monitorowania, co nie stoi w sprzeczności z przeprowadzaniem ankiet satysfakcji pacjentek. Dokumentowanie prowadzonych działań powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w regulaminie organizacyjnym każdego z podmiotów leczniczych, co zapewni organom kontrolującym skuteczne narzędzie umożliwiające ocenę poziomu ich realizacji, jak również zweryfikowanie słabych stron wymagających zastosowania konkretnych działań naprawczych lub poświęcenia większej uwagi.

Eksperti w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii ponownie przeanalizowali i doprecyzowali przepisy dotyczące zalecanego zakresu profilaktycznych badań diagnostycznych i konsultacji wykonywanych przez lekarza lub położną. Usunięto przepis polegający na skierowaniu kobiety w ciąży do obowiązkowej hospitalizacji po ukończeniu 41 tyg. ciąży, którego stosowanie mogło przyczynić się do nadmiernej medykalizacji polegającej na wykonywaniu zabiegu indukcji porodu i większej liczby porodów zabiegowych. Nowy standard zabezpiecza zdrowie pacjentki i jej dziecka przez wzmożone monitorowanie ich stanu, wskazując na konieczność zakończenia ciąży przed końcem 42 tyg. bez wcześniejszej hospitalizacji, jeśli nie występują niepokojące objawy zagrażające ich zdrowiu i życiu. Szczególną uwagę zwrócono na potrzebę oceny ryzyka i nasilenia objawów depresji przez osobę sprawującą opiekę nad kobietą w czasie ciąży lub porodu. Możliwość wystąpienia ryzyka depresji będzie weryfikowana trzykrotnie. Pozytywne stanowisko w kwestii wczesnego identyfikowania objawów depresji u kobiet w ciąży i po porodzie wyraził Prof. dr hab. n. med. Piotr Gałeczki – Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii. Z przedstawionych przez niego danych statystycznych wynika, że 1 na 10 kobiet cierpiała na depresję po porodzie. Jednocześnie współczesna medycyna zna skuteczne sposoby leczenia depresji w ciąży z korzyścią dla matki i jej dziecka. Zaproponowano identyfikowanie ryzyka depresji po raz pierwszy w I trymestrze ciąży, kolejny na miesiąc przed porodem i miesiąc po porodzie, w trakcie wizyty patronażowej.

Kolejnym ważnym elementem uwzględnionym w standardzie jest określenie ramowych treści przekazywanych w ramach edukacji przedporodowej. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej i osoby jej bliskiej do rodzicielstwa powinno korzystnie wpłynąć na wzmocnienie zdrowia i samopoczucia matek i ich dzieci, łagodzenie lęku i niepokoju

związanego z porodem, zmniejszenie liczby porodów przedwczesnych, liczby cięć cesarskich, interwencji medycznych oraz obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej.

Przyjęto, że za organizację tej opieki będzie odpowiedzialna położna, która ma pełną swobodę w doborze osób, które w jej ocenie, w sposób profesjonalny przedstawią treści z zakresu prezentowanej przez siebie specjalności. Z edukacji przedporodowej w formie indywidualnej lub grupowej będą mogły korzystać wszystkie kobiety od 21 tygodnia ciąży do porodu. Wymiar godzin i częstotliwość spotkań dostosowany będzie do indywidualnych potrzeb kobiety ciężarnej. Przepisy te w znacznym stopniu ujedynolicą przekazywane treści, zapewnią właściwą jakość edukacji, która przełoży się na lepsze przygotowanie do porodu kobiet w ciąży i ich partnerów.

W trakcie prac Zespołu wielokrotnie artykułowane były problemy położnych związane z organizacją ich pracy w sali porodowej i oddziale położniczym. Projekt zwraca szczególną uwagę na właściwe wykorzystanie wiedzy i kompetencji położnych. W związku z powyższym zaproponowane przepisy powinny pozwolić położnym na większą samodzielność w sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem. Jednocześnie doprecyzowano obowiązek skierowania ciężarnej do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jeżeli osobą sprawującą opiekę jest lekarz. Zespół do spraw monitorowania i opracowania rozwiązań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zwrócił uwagę, że ciężarną do położnej POZ kieruje około 3% ginekologów. W związku z powyższym, samo skierowanie do położnej uznano za niewystarczające i zaproponowano, aby położna POZ dodatkowo potwierdziła przyjęcie pacjentki do opieki po porodzie przez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Dla większego komfortu rodzących wprowadzono (o ile pozwalają na to warunki organizacyjne podmiotu leczniczego) możliwość wcześniejszego zapoznania ciężarnej z miejscem porodu, wypełnienia dokumentacji medycznej, jak również odbycia konsultacji anestezjologicznej przed porodem, w celu przekazania informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do zastosowania u niej analgezji regionalnej porodu.

W część dotyczącej łagodzenia bólu porodowego Zespół ustalił, że zasadnym jest jej rozszerzenie o odpowiednio doprecyzowane przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu

porodowego (Dz. U. poz. 1997) tak, aby działania w ramach analgezji porodu stały się integralną częścią standardu. Zaproponowane przepisy stanowią stosowany aktualnie schemat organizacji świadczeń w tym zakresie, uwzględniając dostępne w podmiocie leczniczym metody łagodzenia bólu porodowego. Efektywne łagodzenie bólu porodowego wiąże się z prawidłowym przygotowaniem kobiety ciężarnej do porodu oraz nawiązaniem prawidłowych relacji pomiędzy osobą prowadzącą poród a pacjentką. W projekcie uwzględniono fakt, że prawidłowe przygotowanie kobiety rodzącej obejmuje dostarczenie jej kompletnej i zrozumiałej dla niej informacji na temat metod łagodzenia bólu porodowego, ich skuteczności i działań niepożądanych, na każdym etapie podejmowania decyzji w tym względzie. Zgodnie z dostępną wiedzą medyczną istnieje szereg uznanych i sprawdzonych metod walki z bólem, które mogą być wykorzystywane podczas porodu fizjologicznego oraz porodu powikłanego. Działania mające na celu łagodzenie bólu powinny być prowadzone zarówno podczas porodu o przebiegu fizjologicznym, jak i porodu o przebiegu niefizjologicznym. Terapia przeciwbólowa prowadzona przez osobę prowadzącą poród, może być modyfikowana odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i jej potrzeb podczas trwania porodu. Rozporządzenie definiuje zalecane metody łagodzenia bólu porodowego, zakres współpracy pracowników medycznych sprawujących opiekę nad rodzącą i ich kwalifikacje, odpowiedzialność za przebieg porodu z zastosowaniem tych metod, zakres i sposób monitorowania rodzącej i płodu.

Część standardu poświęcona opiece nad noworodkiem podkreśla korzyści i jednocześnie promuje działania sprzyjające prawidłowej laktacji i karmieniu piersią. W związku z powyższym doprecyzowano czas badania klinicznego noworodka, aby badanie to nie kolidowało z zapewnieniem dwugodzinnego nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką tzw. kontaktu „skóra do skóry”. Jednocześnie zaproponowano przepis obligujący podmioty lecznicze do zapewnienia każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego, jak również skorzystanie w miarę możliwości z podawania mleka z banku mleka kobiecego w przypadku noworodków przedwcześnie urodzonych, w tym o znacznej niedojrzałości, które nie mogą być karmione mlekiem swojej matki.

W standardzie wyodrębniono dodatkową część poświęconą organizacji udzielania świadczeń w przypadku sytuacji szczególnych. W tym celu wykorzystano obowiązujące przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa

i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz.2007). Określenie „niepowodzenia położnicze” zostało zastąpione określeniem „sytuacje szczególne” pod pojęciem których należy rozumieć: poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obarczonego letalnymi schorzeniami, urodzenie chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi. Dodano przepis obligujący personel, w przypadku zdiagnozowania ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu powstałych w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, do informowania o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej został zobowiązany do zapewnienia dostępności do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Przedmiotowa regulacja będzie miała wpływ na ujednoczenie organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w okresie porodu we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą, poprawę jakości opieki okołoporodowej.

Wejście w życie przepisów części XIII ust. 3 pkt 7 załącznika po upływie 3 lat od dnia wejścia w życie rozporządzenia, umożliwi dostosowanie podmiotów leczniczych do zapewnienia każdej potrzebującej pacjentce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego w przypadku wystąpienia u nich problemów laktacyjnych. Wejście w życie standardu z dniem 1 stycznia 2019 r. pozwoli na zapoznanie się z nim, odpowiednie wdrożenie i dokonanie niezbędnych zmian organizacji pracy w tych podmiotach. Jednocześnie powyższy termin wynika z faktu, że do dnia 31 grudnia 2018 r. utrzymane są w mocy standardy wydane na podstawie:

1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz.1132);

2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);

3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo – ginekologicznej sprawowanej nad

pacjentką w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007).

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

**STANDARD ORGANIZACYJNY W PODMIOTACH LECZNICZYCH
UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU OPIEKI
OKOŁOPORODOWEJ SPRAWOWANEJ NAD KOBIETĄ W OKRESIE CIĄŻY,
PORODU, POŁOGU ORAZ OPIEKI NAD NOWORODKIEM**

I. Postanowienia ogólne

1. Standard organizacyjny w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, zwany dalej „standardem”, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu się do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:
 - 1) amniotomii;
 - 2) indukcji porodu;
 - 3) stymulacji czynności skurczowej;
 - 4) podawania opioidów;
 - 5) nacięcia krocza;
 - 6) cięcia cesarskiego;
 - 7) podania noworodkowi mleka modyfikowanego
- z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.
2. Lekarze, położne i pielęgniarki sprawujący opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, zapoznają się z niniejszym standardem i zobowiązują do jego stosowania oraz systematycznej aktualizacji wiedzy w tym zakresie.
3. Kierownicy podmiotów leczniczych zatrudniający osoby wykonujące zawód medyczny, o których mowa w ust. 2, są obowiązani do prowadzenia systematycznych szkoleń, narad i paneli dyskusyjnych, zmierzających do pełnego wdrożenia standardu w tych podmiotach oraz monitorowania jego przestrzegania.
4. Zasady organizacji, w tym dokumentowanie podejmowanych działań, o których mowa w ust. 3, określa regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego.
5. Użyte w standardzie określenia oznaczają:
 - 1) I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia;
 - 2) II okres porodu – okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka;
 - 3) III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie płodu;
 - 4) IV okres porodu – okres trwający minimum do 2 godzin po oddzieleniu i wydaleniu płodu;
 - 5) ciąża fizjologiczna – ciążę przebiegającą w sposób prawidłowy;

- 6) osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazaną przez rodzicą;
- 7) osoba sprawująca opiekę:
 - a) położną,
 - b) lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, zwanego dalej „lekarzem położnikiem”,
 - c) lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii albo lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii, zwanych dalej „lekarzem oddziału neonatologicznego”,
 - d) pielęgniarkę
- sprawujących odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzicą, położnicą i noworodkiem – odpowiedzialnych odpowiednio za prowadzenie ciąży, porodu, porożu i opiekę nad noworodkiem;
- 8) lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii, anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej pięcioletnie doświadczenie w wykonywaniu analgezji regionalnej porodu lub lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia, pod warunkiem że znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 9) położna anestezjologiczna – położną, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
- 10) pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 11) poróg - okres rozpoczynający się po porodzie i trwający sześć tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem;
- 12) poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie;
- 13) edukacja przedporodowa - praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz wybranej przez nią osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, porożu oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych, przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem. Działania te powinny wpłynąć na wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci, łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, zmniejszenie liczby porodów przedwczesnych, liczby cięć cesarskich, interwencji

- medycznych oraz obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej;
- 14) łagodzenie bólu porodowego - jeden z elementów świadczenia zdrowotnego, scharakteryzowanego procedurą medyczną jako poród samoistny i obejmuje wszystkie metody, których skuteczność została udowodniona naukowo;
 - 15) analgezja regionalna – analgezję zewnątrzoponową, połączoną analgezję podpajęczynówkową i zewnątrzoponową, a także analgezję podpajęczynówkową.
6. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu i laktacji wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu lub laktacji, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnej, nadciśnienia tętniczego i innych powikłań ciąży, poród zabiegowy, oznacza, że ciąża lub poród wymaga zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard.
 7. Ciężarna lub rodząca powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży, II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży.
 8. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, godzinę i minutę objęcia kobiety lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane.
 9. Odpowiedzialność prawną i zawodową osoby sprawującej opiekę za podejmowane działania regulują przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) oraz ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1038, z późn. zm.).
 10. Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:
 - 1) ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka;
 - 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
 - 3) sprawdzenie posiadanych przed kobietą wyników badań, szczególnie niezbędnych w stanie zagrożenia życia, w tym oznaczenia grupy krwi;
 - 4) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
 - 5) opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;
 - 6) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
 - 7) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu;
 - 8) zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała.
 11. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz opieki nad noworodkiem, które polegają w szczególności na:
 - 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
 - 2) podaniu wlewu kroplowego;

- 3) zabezpieczeniu obrażeń kanału rodnego;
 - 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych matki i dziecka;
 - 5) utrzymaniu czynności życiowych rodzącej lub położnicy oraz płodu lub noworodka.
12. Jeżeli osobą sprawującą opiekę jest położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych, niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza położnika. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza położnika, dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i płodu oraz dotychczasowego przebiegu porodu należy odnotować w dokumentacji medycznej. Adnotacja ta powinna być podpisana przez położną i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i przejmującą opiekę, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.
 13. Osoba sprawująca opiekę zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, jeżeli pojawiające się powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przejmującemu opiekę nad rodzącą lub noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.
 14. Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie połogu. Jeżeli osoba ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia opiekę przez odpowiednią jej organizację. Organizacja opieki obejmuje opracowanie i uzgodnienie w formie umowy na piśmie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.
 15. Realizacja praw pacjenta w przypadku sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu polega na:
 - 1) respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
 - 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których kobieta czuje się bezpiecznie;
 - 3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego.

II. Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz

badan diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania (kobieta w ciąży fizjologicznej powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3-4 tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, w uzasadnionych przypadkach częściej)

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
1	2	3
Do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Badanie gruczołów sutkowych. 4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób dziecka uwarunkowanych genetycznie. 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh. 2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy. 6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM. 7. VDRL. 8. Zalecenie kontroli stomatologicznej. 9. Badanie HIV i HCV. 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM). 11. Oznaczenie TSH.
11-14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).
15-20 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Propagowanie zdrowego stylu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu.

	życia.	
18-22 tydzień ciąży		Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.
Od 21-26 tygodnia ciąży	Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.	
21-26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 7. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24-26 tydzień ciąży). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24-28 tygodniu ciąży) – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (-). 4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM).
27-32 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (-). 4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGP. 5. W przypadku występowania wskazań - podanie immunoglobuliny anti-D (28-30 tydzień ciąży).
33-37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Ocena ruchów płodu. 7. Badanie gruczołów sutkowych. 8. Pomiar masy ciała. 9. Ocena ryzyka ciążowego. 10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 11. Propagowanie zdrowego stylu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Antygen HBs. 4. Badanie w kierunku HIV. 5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35-37 tydzień ciąży). 6. Oznaczenie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.

	życia.	
38-39 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia. 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.
Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu - kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy – indywidualizacja postępowania. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.

Osoba sprawująca opiekę:

- 1) jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, kieruje kobietę w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia opieką w miejscu, w którym będzie przebywała po porodzie;
- 2) potwierdza w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej przez dokonanie autoryzowanego wpisu, położna podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza przyjęcie pacjentki do opieki po porodzie poprzez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej;
- 3) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych

badan wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu.

III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych

1. Do czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem zalicza się w szczególności:
 - 1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, choroby neurologiczne, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy oraz otyłość;
 - 2) zakażenie wirusem HIV lub HCV;
 - 3) stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub po porodzie przedwczesnym;
 - 4) uprzednie urodzenie dziecka martwego lub w ciężkiej zamartwicy;
 - 5) przebyty poród noworodka o masie urodzeniowej ciała większej niż 4000 g lub noworodka z bardzo małą lub ekstremalnie małą masą urodzeniową ciała;
 - 6) ciążę wielopłodową;
 - 7) wystąpienie krwawienia przed porodem, stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego lub przedwczesnego oddzielania się łożyska;
 - 8) stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebyłym wycięciu macicy;
 - 9) sytuację, gdy ciężarna jest pierworódką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
 - 10) sytuację, gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci;
 - 11) przewlekłe zakażenie u ciężarnej lub jego podejrzenie, wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w czasie ciąży;
 - 12) używanie środków odurzających, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.
2. Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania zalicza się w szczególności:
 - 1) wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHg i rozkurczowego wyższą niż 90 mmHg, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h;
 - 2) przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży;
 - 3) odmiedniczkowe zapalenie nerek;
 - 4) niedokrwistość;
 - 5) cukrzycę;
 - 6) zakażenie wirusem różyczki;
 - 7) przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
 - 8) konflikt serologiczny;
 - 9) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniaki macicy, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność matczy-no-płodowa);
 - 10) zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo-szyjkowa);
 - 11) nieprawidłową lokalizację łożyska;

- 12) ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami;
 - 13) przekroczenie terminu porodu lub niepewność co do terminu porodu;
 - 14) dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS);
 - 15) położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;
 - 16) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego.
3. Do czynników ryzyka śródporodowego występujących u rodzącej zalicza się w szczególności:
- 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin);
 - 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
 - 3) opryszczkę genitalną;
 - 4) konieczność indukcji lub stymulacji porodu;
 - 5) krwotok śródporodowy;
 - 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
 - 7) ciepłotę ciała powyżej 38°C;
 - 8) okołoporodową utratę krwi w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej;
 - 9) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
 - 10) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
 - 11) wstrząs;
 - 12) pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
 - 13) wycieranie macicy;
 - 14) pęknięcie macicy.
4. Do czynników ryzyka dla płodu lub występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:
- 1) pępowinę dwunaczyniową;
 - 2) naczynia błędzące;
 - 3) wady rozwojowe;
 - 4) masę ciała dziecka poniżej 2500 g;
 - 5) zaburzenia czynności serca płodu;
 - 6) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
 - 7) uraz okołoporodowy;
 - 8) zaburzenia oddychania;
 - 9) inne stwierdzone nieprawidłowości.
5. Oceny występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, dokonuje osoba sprawująca opiekę.
6. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1-3 i ust. 4 pkt 5-9, ciężarna lub rodząca powinna pozostawać pod opieką lekarza położnika i zgodnie z aktualnym stanem zdrowia i wiedzą medyczną być kierowana przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną.
7. Zidentyfikowane czynniki ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, należy omówić z ciężarną, tak aby mogła podjąć świadomą decyzję odnośnie wyboru miejsca porodu.
8. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

IV. Edukacja przedporodowa

1. Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej, odpowiada położna. Edukacja przedporodowa w formie indywidualnej jest również obowiązkiem lekarza położnika.
2. Ramowy program edukacji przedporodowej obejmuje okres prenatalny (ciąża), porodu, poporodowy (połóg) oraz wsparcie społeczne ciężarnej, matki i rodziny w okresie okołoporodowym.
3. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu prenatalnego (ciąża) obejmuje w szczególności:
 - 1) przebieg ciąży i rozwój dziecka od poczęcia do chwili porodu;
 - 2) opiekę prenatalną – dostępne formy opieki medycznej, plan opieki przedporodowej;
 - 3) styl życia w okresie ciąży – zasady odżywiania, używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka, aktywność zawodowa, aktywność fizyczna, zachowania i czynności uznawane za niebezpieczne dla kobiet w ciąży;
 - 4) dolegliwości okresu ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi;
 - 5) profilaktykę chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepienia ochronne;
 - 6) problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i połogu;
 - 7) zagadnienia prawne dotyczące przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej kobiet ciężarnych, matek.
4. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący porodu obejmuje w szczególności:
 - 1) przygotowanie do porodu, plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej;
 - 2) czynniki zwiastujące poród, początek porodu, w tym stany nagłe wymagające szybkiej hospitalizacji;
 - 3) fizjologia porodu, poród aktywny, poród rodzinny;
 - 4) pozycje wykorzystywane w I i II okresie porodu (pozycje wertykalne) i sprzęt pomocny w trakcie porodu;
 - 5) łagodzenia bólu porodowego (farmakologiczne i niefarmakologiczne);
 - 6) kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacja karmienia piersią;
 - 7) cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim;
 - 8) możliwości deponowania rodzinnego lub donacji publicznej tkanek popłodowych, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego – w celu pozyskania komórek macierzystych.
5. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połóg) obejmuje w szczególności:
 - 1) opiekę w okresie połogu – przebieg połogu, powrót płodności po porodzie, psychologiczne aspekty połogu;
 - 2) karmienie piersią i wsparcie w laktacji, w tym rozwiązywanie problemów związanych z laktacją;
 - 3) opiekę nad noworodkiem a następnie nad niemowlęciem, w tym postępowanie z noworodkiem po urodzeniu, działania profilaktyczne wykonywane u noworodka oraz niemowlęcia, pielęgnację dziecka, informacje i zalecenia dla rodziców odnośnie postępowania z dzieckiem w domu, oraz zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym.
6. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego,

informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego).

V. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej i plan porodu. Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. W planie opieki przedporodowej należy uwzględnić możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i określenie miejsca porodu.
2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu powinny być modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki.
3. Plan opieki przedporodowej i plan porodu jest dołączany do zewnętrznej dokumentacji medycznej pacjentki.
4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.
5. W miarę możliwości organizacyjnych podmiotu leczniczego należy umożliwić ciężarnej wcześniejsze zapoznanie z miejscem porodu, zorganizować możliwość wypełnienia dokumentacji medycznej, konsultację anestezjologiczną na wypadek zastosowania u niej analgezji regionalnej porodu.

VI. Postępowanie w trakcie porodu

1. Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważne są postawa, słowa kierowane do rodzącej oraz ton głosu podczas rozmowy. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a pozyskane informacje wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:
 - 1) witają rodzącą osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
 - 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
 - 3) szanują prywatność rodzącej i jej poczucie intymności;
 - 4) zapoznają się z planem porodu, omawiają go z rodzącą i w miarę możliwości respektują jego postanowienia;
 - 5) omawiają z rodzącą dostępne sposoby radzenia sobie z bólem;
 - 6) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań;
 - 7) udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
 - 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie.
3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
 - 1) zapewnić ciągłość opieki;
 - 2) dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;

- 3) umożliwić rodzącej korzystanie ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
 - 4) zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
 - 5) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.
4. Decyzję o możliwości spożywania posiłków przez rodzącą podejmuje lekarz sprawujący opiekę.
 5. Podczas porodu osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych są obowiązane do przestrzegania zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki; wybór środków ochrony osobistej opiera się na ocenie ryzyka zakażenia.

VII. Łagodzenie bólu porodowego

1. Rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego.
2. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu leczniczego w celu porodu przekazuje się w sposób dla niej zrozumiały informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w podmiocie leczniczym.
3. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie leczniczym oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu.
4. W podmiocie leczniczym, w którym działa oddział położniczy, opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający ust. 1-3 i 7-24, i dostępne w podmiocie leczniczym metody łagodzenia bólu porodowego.
5. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu leczniczego, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.
6. Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust. 4, potwierdzając to własnoręcznym podpisem.
7. Łagodzenie bólu porodowego obejmuje metody nefarmakologiczne i farmakologiczne.
8. Metody nefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:
 - 1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, worek sako, drabinki, materac, sznury porodowe, krzesło porodowe;
 - 2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
 - 3) masaż relaksacyjny;
 - 4) ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu;
 - 5) metody fizjoterapeutyczne;
 - 6) przezskórną stymulację nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);

- 7) immersję wodną;
- 8) akupunkturę;
- 9) akupresurę.
9. Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego są stosowane przez położną, odpowiedzialną za prowadzenie porodu fizjologicznego lub przez osobę bliską zgodnie z wymaganiami standardu a w porodzie nieprzebiegającym fizjologicznie przez położną z pomocą osoby bliskiej po poinformowaniu lekarza położnika. Dobór metody uzgadniany jest z rodzącą.
10. Zakres i częstość monitorowania stanu rodzącej oraz płodu w czasie stosowania metod niefarmakologicznych łagodzenia bólu porodowego powinny uwzględniać aktualny stan kliniczny rodzącej oraz być zgodne z wymaganiami standardu.
11. Metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego, mające udokumentowaną skuteczność kliniczną w łagodzeniu bólu porodowego, obejmują:
 - 1) analgezję wziewną;
 - 2) dożylną lub domięśniową stosowanie opioidów;
 - 3) analgezję regionalną.
12. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego analgezji wziewnej wymaga dodatkowego monitorowania stanu ogólnego rodzącej i płodu, w sposób określony w ust. 34, a w szczególnych przypadkach wdrożenie dodatkowych metod monitorowania stanu płodu.
13. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego produktów leczniczych z grupy opioidów wymaga dodatkowego monitorowania stanu rodzącej i płodu w sposób określony w ust. 34. Ze względu na możliwą zwiększoną szybkość rozwierania szyjki macicy, a tym samym skrócenie trwania pierwszego okresu porodu oraz sedację rodzącej należy uwzględnić aktywne prowadzenie porodu, uwzględniające poród w pozycji leżącej, częstszą kontrolę rozwarcia szyjki macicy i ciągłe monitorowanie KTG.
14. Analgezja regionalna obejmuje:
 - 1) analgezję zewnątrzoponową;
 - 2) połączoną analgezję podpajęczynówkową i zewnątrzoponową;
 - 3) analgezję podpajęczynówkową.
15. Analgezja miejscowa obejmuje blokadę nerwu sromowego.
16. Świadczenia w zakresie analgezji regionalnej porodu są udzielane w warunkach umożliwiających bezpośredni dostęp przy łóżku porodowym do źródła tlenu, aparatu do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia tętniczego, pulsoksymetru i pompy infuzyjnej oraz dostępności do monitora EKG i elektrycznego urządzenia do odsysania, zestawu do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, defibrylatora i produktów leczniczych.
17. Poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest prowadzony przez lekarza położnika.
18. Blokada nerwu sromowego jest wykonywana przez lekarza położnika i nie wymaga udziału lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu.
19. Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarceniu co najmniej 1 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy. W uzasadnionych medycznie przypadkach

możliwe jest wcześniejsze rozpoczęcie analgezji. Analgezja regionalna powinna być kontynuowana podczas II okresu porodu.

20. Analgezja regionalna jest poprzedzona konsultacją lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu, przeprowadzoną na zlecenie lekarza położnika, nie później niż 30 minut od zgłoszenia lekarzowi prowadzącemu analgezję regionalną porodu takiego zlecenia.
21. Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca uzyskuje od lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu informację o jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu pisemnej zgody rodzącej.
22. Badania poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej obejmują:
 - 1) badanie fizykalne i ocena stanu fizycznego rodzącej według skali American Society of Anesthesiologists (ASA);
 - 2) badanie spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji regionalnej porodu pod postacią blokady centralnej;
 - 3) badania diagnostyczne zgodne z wytycznymi Grupy Roboczej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - 4) badanie położnicze, oceniające postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu dokonane przez lekarza położnika, który będzie nadzorował przebieg porodu i w razie powikłań położniczych wdroży odpowiednie postępowanie.
23. W przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu współpracuje położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna.
24. Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu może prowadzić więcej niż jedną analgezję porodu jednocześnie pod warunkiem, że uzna takie postępowanie za bezpieczne dla nadzorowanych przez niego rodzących. Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu nie może w tym samym czasie udzielać innego rodzaju świadczeń zdrowotnych.
25. Podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca pozostaje pod opieką położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej. Położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna sprawująca opiekę nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej współpracuje w zakresie realizacji funkcji leczniczych i diagnostycznych z lekarzem położnikiem i lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu, z uwzględnieniem podawania produktów leczniczych do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej zgodnie z zaleceniem lekarskim. Położna anestezjologiczna sprawuje opiekę nad jedną rodzącą w warunkach analgezji regionalnej włączając w to czynności związane z porodem i analgezią regionalną.
26. Rodzącej otrzymującej analgezję regionalną należy założyć kartę przebiegu znieczulenia, w której są dokumentowane wyniki oceny klinicznej dokonanej przed założeniem cewnika do analgezji regionalnej, w tym wyniki badań określonych w ust. 22, dawkowanie produktów leczniczych znieczulenia miejscowego i innych produktów leczniczych, wartości monitorowanych parametrów funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania.

27. Po podaniu produktów leczniczych znieczulenia miejscowego do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej rodząca znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu przez co najmniej 30 minut.
28. Monitorowanie funkcji życiowych:
- 1) przed rozpoczęciem analgezji regionalnej konieczna jest w szczególności kontrola:
 - a) ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP),
 - b) czynności serca (HR),
 - c) saturacji krwi obwodowej (SpO₂),
 - d) częstości akcji serca płodu (FHR);
 - 2) pomiary parametrów wymienionych w pkt 1 należy powtarzać nie rzadziej niż co 5 minut od podania dawki produktu leczniczego miejscowo znieczulającego inicjującej analgezię przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów rodzącej i płodu;
 - 3) ocena stanu rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej powinna być dokonywana nie rzadziej niż co 90 minut przez lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu i w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej;
 - 4) wyniki pomiarów, w tym ocena rozprzestrzeniania analgezji regionalnej, ocena poziomu złagodzenia bólu, jego charakteru oraz zdolności rodzącej do przemieszczania się, powinny być odnotowywane w karcie przebiegu znieczulenia;
 - 5) przy każdym kolejnym podaniu dawki produktów leczniczych miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej porodu należy monitorować parametry określone w pkt 1.
29. Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje:
- 1) pozostawanie położnicy i noworodka pod opieką położnej i nadzorem lekarza położnika, lekarza oddziału neonatologicznego lub lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej oraz wykluczenia innych niebezpiecznych powikłań związanych z analgezią regionalną porodu;
 - 2) monitorowanie u położnicy wysycenia krwi tlenem i częstość oddechu, nie krócej niż przez 6 godzin od podania ostatniej dawki leku znieczulenia miejscowego;
 - 3) dokonanie u noworodka wstępnej oceny jego stanu według skali Apgar, a następnie podjęcie czynności wymienionych w części XIII standardu.
30. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu wymaga wdrożenia indywidualnego schematu postępowania, odpowiedniego do zastosowanej metody i stanu klinicznego rodzącej. Warunkiem zastosowania tych metod jest uzyskanie zgody rodzącej, poprzedzonej udzieleniem jej przez lekarza informacji na temat wpływu danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych. Rodząca udziela pisemnej zgody na zastosowanie danej metody.
31. Za prowadzenie porodu, w którym dla złagodzenia bólu porodowego są zastosowane środki farmakologiczne, w tym analgezja regionalna, jest odpowiedzialny lekarz położnik. Za realizację procedury analgezji regionalnej jest odpowiedzialny lekarz prowadzący analgezię regionalną porodu.

32. W zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje z:
 - 1) lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu;
 - 2) położną albo położną anestezjologiczną albo pielęgniarką anestezjologiczną;
 - 3) lekarzem oddziału neonatologicznego.
33. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania. Rozpoczęcie farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym i przeprowadzoną przez lekarza położnika udokumentowaną oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.
34. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga, w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania rodzącej i płodu obejmującego:
 - 1) u rodzącej ocenę funkcji:
 - a) układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz pulsoksymetrię przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, uwzględniając rodzaj zastosowanego opioidu i drogi jego podania,
 - b) układu krążenia, obejmując pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej;
 - 2) u płodu – ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.
35. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu porodowego oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezji regionalnej – w karcie przebiegu znieczulenia.

VIII. Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie ciężarnej do porodu następuje na podstawie skierowania lub osobistego zgłoszenia się do wybranego przez nią podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa.
2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.
3. Rozpoznanie porodu:
 - 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych;
 - 2) przebieg postępu porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych.
4. Należy zidentyfikować ewentualną potrzebę objęcia rodzącej śródporodową profilaktyką wystąpienia zakażenia paciorkowcem grupy B (GBS) oraz profilaktyką konfliktu serologicznego zgodnie z zaleceniami oraz w przypadku zaistnienia takiej konieczności podjąć niezbędne działania profilaktyczne.

5. U każdej kobiety zgłaszającej się do porodu należy zweryfikować badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (z 33.-37. tygodnia ciąży). W razie braku aktualnych badań, należy je niezwłocznie wykonać.

IX. Postępowanie w I okresie porodu

1. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż pół cm na godzinę, oceniane w odstępach czterogodzinnych. W sytuacji rozpoznania braku postępu porodu w I okresie do opieki włącza się lekarz położnik.
2. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:
 - 1) ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
 - 2) przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:
 - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia i oszacowanie wielkości płodu,
 - g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu,
 - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,
 - i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
 - j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
 - k) dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
 - l) założenie dokumentacji medycznej, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.),
 - m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego, wyłącznie na życzenie rodzącej,
 - n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej, jeżeli sytuacja tego wymaga,
 - o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
 - p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).
3. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:
 - 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
 - a) dokonywanie oceny postępu porodu zgodnie z zasadami prowadzenia porodu,
 - b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
 - 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej;
 - 3) dokonywania oceny stanu rodzącej przez:
 - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju oczekiwanego wsparcia,
 - b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych), stanu śluzówek co dwie godziny oraz kontrolę

- wypełnienia pęcherza moczowego co dwie godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
- c) ocenę wydzieliny pochwowej,
 - d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
- 4) dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15-30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, ewentualne monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiokografu. W sytuacjach wątpliwych konieczne wykonanie przynajmniej trzydziestominutowego zapisu kardiokograficznego;
 - 5) prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;
 - 6) aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie przez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - d) współpracę z osobą bliską;
 - 7) dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenia partogramu;
 - 8) przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.
4. Obecność lekarza oddziału neonatologicznego jest wskazana w przypadkach określonych w części XIII ust. 1 pkt 8.

X. Postępowanie w II okresie porodu

1. Czas trwania II okresu porodu nie powinien przekroczyć dwóch godzin. W uzasadnionych przypadkach: porodu u pierworódki lub pacjentek rodzących z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego do trzech godzin. Decyzję o wydłużeniu czasu trwania II okresu porodu powyżej dwóch godzin podejmuje lekarz położnik po uwzględnieniu aktualnych czynników ryzyka.
2. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu dalszą opiekę nad rodzącą obejmuje lekarz położnik.
3. W II okresie porodu należy umożliwić rodzącej przyjmowanie pozycji, które uznaje ona za najwygodniejsze.
4. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej;
 - 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy, jeżeli jest to możliwe, pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę;
 - 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
 - 4) pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
 - 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
 - 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz kierowanie się potrzebą parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym

- uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
- 7) ochrony krocza, przy czym nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach;
 - 8) kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
 - 9) osuszenia noworodka po wydobyciu i położenia go na brzuchu matki w kontakcie „skóra do skóry”, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają oraz zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła.

XI. Postępowanie w III okresie porodu

1. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć jednej godziny.
2. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
 - 2) założenia noworodkowi opaski identyfikacyjnej, przed jego odpepnięciem, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 36 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka;
 - 3) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia, jednak nie wcześniej niż po upływie jednej minuty od urodzenia się dziecka;
 - 4) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
 - 5) oceny stanu noworodka – w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych z aktualnymi zaleceniami;
 - 6) obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
 - 7) podania produktów leczniczych w uzasadnionych sytuacjach;
 - 8) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza - jego rozległości;
 - 9) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
 - 10) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
 - 11) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska;
 - 12) oceny kompletności popłodu;
 - 13) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

XII. Postępowanie w IV okresie porodu

1. W czasie IV okresu porodu zadania podejmowane są adekwatnie do potrzeb rodzącej oraz noworodka.
2. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
 - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
 - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych;
 - 3) kontrolę stanu kanału rodnego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;

- 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza;
 - 5) instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią oraz przekazanie informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu;
 - 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.
3. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w czasie porodu nie powinna przekraczać 500 ml krwi.

XIII. Opieka nad noworodkiem

1. Opieka w oddziale porodowym lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:
 - 1) w sali porodowej znajduje się stanowisko noworodkowe wyposażone w: promiennik ciepła, układ do wspomagania oddychania (resuscytator), zegar Apgar, ssak, kardiomonitor, wagę;
 - 2) stanowisko noworodkowe jest przeznaczone do:
 - a) badania noworodka;
 - b) wykonywania procedur u noworodków z zaburzeniami pierwszego oddechu;
 - c) resuscytacji noworodka;
 - 3) sala do cięć cesarskich w podmiotach leczniczych na II i III poziomie opieki perinatalnej jest wyposażona w dwa stanowiska do resuscytacji;
 - 4) opieka pielęgnacyjna nad położnicą i noworodkiem jest realizowana przez położną;
 - 5) położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:
 - a) zakłada opaski identyfikacyjne, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 36 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz informuje matkę o godzinie porodu i płci dziecka,
 - b) ocenia noworodka wg skali Apgar; ocena ta powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne,
 - c) zaciska pępowinę po ustaniu tętnienia, jednak nie wcześniej niż po upływie jednej minuty od momentu urodzenia się dziecka,
 - d) nadzoruje pierwsze karmienie piersią,
 - e) wykonuje procedury postępowania ze zdrowym noworodkiem (profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka zgodnie z zaleceniami, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K zgodnie z aktualnymi zaleceniami, szczepienia według aktualnego Programu Szczepień Ochronnych);
 - 6) zgodę na wykonywanie procedur, o których mowa w pkt 5 lit e, uzyskuje się od przedstawiciela ustawowego dziecka przy przyjęciu ciężarnej do porodu (izba przyjęć lub sala porodowa);
 - 7) w miejscu, w którym rodzi się noworodek powinna znajdować się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętności resuscytacji, potwierdzone certyfikatem ukończenia kursu resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji;
 - 8) obecność lekarza oddziału neonatologicznego w sali porodowej przed lub po urodzeniu noworodka jest wymagana w przypadku:
 - a) porodu zabiegowego,
 - b) porodu przedwczesnego,
 - c) porodu z ryzykiem niedotlenienia okołoporodowego,
 - d) porodu u ciężarnej z patologicznym przebiegiem ciąży,

- e) porodu u ciężarnej z przewidywanymi lub stwierdzanymi wadami wrodzonymi,
 - f) uzasadnionych i udokumentowanych zaburzeń adaptacyjnych w IV okresie porodu;
- 9) bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, trwający dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
2. Opieka w oddziale położniczym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:
- 1) zdrowy noworodek po pobycie wraz z matką w sali porodowej jest przekazywany do oddziału położniczego zorganizowanego w systemie „matka z dzieckiem”;
 - 2) w okresie pierwszych dwunastu godzin życia noworodka lekarz oddziału neonatologicznego, w obecności matki lub ojca przeprowadza badanie kliniczne noworodka. Badania tego nie należy wykonywać w okresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 9 jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka;
 - 3) noworodki z zaburzeniami stwierdzonymi podczas badania, o którym mowa w pkt 2, mogącymi stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, należy niezwłocznie przekazać do oddziału patologii noworodka o poziomie referencyjnym adekwatnym do jego potrzeb zdrowotnych;
 - 4) wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane są w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”;
 - 5) u noworodka podczas pobytu w oddziale położniczym należy wykonać:
 - a) test pulsoksymetryczny,
 - b) przesiewowe badanie słuchu,
 - c) ocena umiejętności ssania,
 - d) pobranie badania przesiewowego na bibułę (badanie suchej kropli krwi),
 - e) obowiązkowe szczepienia
 - procedury te wykonuje osoba sprawująca opiekę nad noworodkiem po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej;
 - 6) noworodkowi należy założyć kartę uodpornienia;
 - 7) w dniu wypisu należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje dotyczące:
 - a) istotnych danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu,
 - b) wykonanych pomiarów antropometrycznych,
 - c) wykonanych szczepień ochronnych,
 - d) wykonanych badań przesiewowych,
 - e) wykonanych czynności profilaktycznych,
 - f) pobytu dziecka w szpitalu,
 - g) wydanych zaleceń żywieniowych, pielęgnacyjnych oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych;
 - 8) należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym dokumentację noworodka określoną przepisami o aktach stanu cywilnego;
 - 9) podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

zgłoszenie o porodzie zawiera:

- a) imię i nazwisko matki,
 - b) numer PESEL matki albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL,
 - c) godzinę i datę urodzenia dziecka,
 - d) płeć dziecka,
 - e) adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu, oraz numer telefonu kontaktowego,
 - f) czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za sporządzenie i wysłanie tego zgłoszenia;
- 10) przekazanie zgłoszenia o porodzie powinno nastąpić w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Potwierdzenie odbioru przez położną lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia o porodzie jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka prowadzonej przez podmiot leczniczy dokonujący jego wypisu;
- 11) w przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem, podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 12) podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem, informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku podejrzenia możliwości wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie noworodka i braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu;
- 13) przepisu pkt 12 nie stosuje się, w przypadku gdy matka noworodka jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), korzystającą ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej podczas pobytu czasowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) albo certyfikatu czasowego zastępującego EKUZ, a także gdy matka noworodka nie posiada stałego miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. W okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:
- 1) dostarczenie matce przez położną sprawującą opiekę nad matką i dzieckiem informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;
 - 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi uwzględniającego informację, że, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności

dziecka wybudzanie nie jest wymagane co trzy godziny, we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3-4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia;

- 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
- 4) dokonywanie, w okresie pierwszych dni po urodzeniu, podczas karmienia bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy tzw. wskaźniki skutecznego karmienia), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej. W przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią, należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji, w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe - odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;
- 5) podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza;
- 6) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka;
- 7) zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego;
- 8) noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego zgodnie z aktualnymi zaleceniami. Równoległe rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;
- 9) podmioty lecznicze sprawujących opiekę nad kobietami w ciąży, po porodzie i noworodkami nie prowadzi się działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią.

XIV. Połóg

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.
2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:
 - 1) stanu ogólnego położnicy;
 - 2) stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek;
 - 3) laktacji i wsparcie w przypadku problemów;
 - 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
 - 5) higieny ciała;
 - 6) stanu psychicznego położnicy, w tym ocenę w kierunku wystąpienia depresji

poporodowej;

- 7) relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny.
3. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach, o których mowa w części XV, lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo małej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz poinformować o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających.
4. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:
 - 1) stanu ogólnego noworodka (ciepłota ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
 - 2) obecności odruchów noworodkowych;
 - 3) stanu skóry (zażółcenia powłok skórnych, zaczerwienienia - rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypki, ciemieniuchy, zasinienia, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
 - 4) odżywiania – sposobu karmienia (wyłącznie piersią odciganym pokarmem matki, mieszanką sztuczną, karmienie łączone), przebiegu karmienia (częstość, długość, wielkość porcji, oznaki głodu, nasycenia) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa, inne);
 - 5) oczu (obrząk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniawki);
 - 6) zachowania się dziecka (długość snu, czuwania, nawiązywanie kontaktu);
 - 7) sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubieranie);
 - 8) stanu kikutu pępownicy (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);
 - 9) higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
 - 10) wykonania badań przesiewowych w ramach programów zdrowotnych oraz szczepień ochronnych.
5. Ocena stanu zdrowia położnicy i noworodka określona w ust. 2 i 4 jest odnotowana w dokumentacji medycznej.
6. Opieka nad położnicą w domu jest realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.
7. Podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w części XIII ust. 2 pkt 9.
8. Położna wykonuje nie mniej niż cztery wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka). W przypadku podejrzenia możliwości wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie noworodka położna zawiadamia jednostki organizacyjne pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka i dokonuje wpisu w prowadzonej dokumentacji medycznej.
9. Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka oraz poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.
10. Podczas wizyt położna w szczególności:
 - 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
 - 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;
 - 3) udziela porad na temat opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji;
 - 4) ocenia, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;

- 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej;
 - 6) ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości wykorzystując w tym celu odpowiednie procedury i informując powiatowe centrum pomocy rodzinie w miejscu pobytu matki i noworodka;
 - 7) zachęca matkę do karmienia naturalnego, udziela porady laktacyjnej z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodzenia w laktacji, pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
 - 8) udziela instruktażu w zakresie czynności higienicznych u noworodka, w tym: techniki kąpieli noworodka, pielęgnowania skóry, pielęgnacji kikutu pępownicy i dna pępka;
 - 9) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
 - 10) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza położnika w ósmym tygodniu od urodzenia dziecka;
 - 11) udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia;
 - 12) udziela porad na temat minimalizowania i radzenia sobie ze stresem;
 - 13) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu na zdrowie, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, powrotu płodności po porodzie, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w połogu, odżywiania matki karmiącej, korzyści z karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją, samoopieki położnicy i pielęgnacji dziecka;
 - 14) realizuje świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne samodzielnie lub na zlecenie lekarskie;
 - 15) zdejmuje szwy z krocza i brzucha w zakresie swoich kompetencji jeżeli zachodzi taka potrzeba;
 - 16) realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;
 - 17) wykonuje czynności diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne zlecone przez lekarza;
 - 19) motywuje do prowadzenia gimnastyki oraz udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w połogu;
 - 20) udziela instruktażu w zakresie możliwych technik kąpieli noworodka oraz pielęgnowania skóry, kikutu pępownicy i dna pępka;
 - 21) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu połogu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
 - 22) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w połogu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy oraz wskazuje instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc.
11. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u matki i dziecka, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
 12. Po ukończeniu przez dziecko ósmego tygodnia życia położna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką kontynuuje.

XV. Opieka nad pacjentką w sytuacjach szczególnych

1. Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady

dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

2. Osoby wykonujące zawód medyczny w poradni lub szpitalu, pod których opieką znajduje się pacjentka doświadczająca sytuacji, o której mowa w ust. 1, są przeszkolone w zakresie pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz każdorazowo są informowane o przebywaniu danej pacjentki w szpitalu celem uwrażliwienia na jej sytuację.
3. Pacjentce w sytuacji, o której mowa w ust. 1, zapewnia się pomoc, realizowaną w następujący sposób:
 - 1) przy przekazywaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej matki i jej dziecka, osoba sprawująca opiekę jest obowiązana, jeżeli jest taka wola pacjentki, zapewnić pacjentce czas pozwalający na możliwość oswojenia się z informacją przed wyjaśnianiem szczegółowo przyczyn niepowodzenia i zanim pacjentka będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych będzie niezbędne;
 - 2) po przekazaniu informacji, należy umożliwić pacjentce pomoc psychologiczną i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem pacjentki;
 - 3) pacjentka która doświadczyła poronienia, urodziła martwe lub chore dziecko (niezdolne do życia lub obciążone letalnymi schorzeniami lub z wadami wrodzonymi) nie powinna przebywać w sali razem z pacjentkami ciężarnymi, bądź w położu, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka; należy zadbać o to, aby w czasie pobytu w oddziale, pacjentka po urodzeniu martwego dziecka nie miała stałego kontaktu z pacjentkami, które urodziły zdrowe dzieci;
 - 4) pacjentkę w sytuacji, o której mowa w ust. 1, przebywającą w oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji, związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do pacjentki po utracie dziecka; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania podczas pobytu w oddziale; badania i zabiegi winny być wykonywane w intymnej atmosferze;
 - 5) pacjentce należy umożliwić pożegnanie się z dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę;
 - 6) w celu nawiązania dobrego kontaktu z pacjentką, osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad pacjentką, w szczególności:
 - a) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad pacjentką,
 - b) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
 - c) szanują jej prywatność i poczucie intymności,
 - d) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań;
 - 7) pacjentce udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;
 - 8) pacjentce udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji jak i przysługujących jej prawach;
 - 9) w przypadku zdiagnozowania ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu powstałych w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy

czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej - zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

- 10) pacjentce udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku;
- 11) osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach, o których mowa w ust. 1;
- 12) matka powinna otrzymać opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w sytuacjach, o których mowa w ust. 1.

