Załącznik do rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia………..2024 r. (Dz. U. poz. …)

**Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej**

1. **Postanowienia ogólne**
2. Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w ciąży, rodzącą, w połogu oraz nad noworodkiem, zwany dalej „standardem”, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:
3. amniotomii,
4. indukcji porodu,
5. stymulacji czynności skurczowej,
6. farmakoterapii,
7. nacięcia krocza,
8. cięcia cesarskiego,
9. podania noworodkowi preparatów do początkowego żywienia niemowląt

– z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.
2. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań, o których mowa w ust. 2, określa regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
3. Użyte w standardzie określenia oznaczają:
4. I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia;
5. II okres porodu – okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka;
6. III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie popłodu;
7. IV okres porodu – okres trwający 2 godziny po oddzieleniu i wydaleniu popłodu;
8. ciąża fizjologiczna – ciążę przebiegającą w sposób prawidłowy;
9. osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazaną przez kobietę w ciąży lub rodzącą;
10. osoba ze szczególnymi potrzebami – osobę o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411);
11. osoba sprawująca opiekę:
12. położną,
13. 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, zwanych dalej „lekarzem położnikiem”,
14. lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii albo lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii, zwanego dalej „lekarzem neonatologiem”,
15. pielęgniarkę specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego

– sprawujących odpowiednio opiekę nad kobietą w ciąży, rodzącą, w połogu albo noworodkiem;

1. lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu:
2. lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:

* anestezjologii lub
* anestezjologii i reanimacji, lub
* anestezjologii i intensywnej terapii, lub

1. lekarza, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub
2. lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej pięcioletnie doświadczenie w wykonywaniu analgezji regionalnej porodu, albo
3. 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;
4. położna anestezjologiczna – położną, która ukończyła:
5. specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
6. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
7. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
8. pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła:
9. specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
10. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
11. w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
12. połóg – okres rozpoczynający się po porodzie i trwający sześć tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem;
13. poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, po którym matka i noworodek są w dobrym stanie;
14. edukacja przedporodowa – praktyczne i teoretyczne przygotowanie kobiety w ciąży oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.
15. Ingerencja w przebieg ciąży fizjologicznej, poród i laktację wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Ingerencja w ciążę fizjologiczną, poród albo laktację, w szczególności leczenie cukrzycy u kobiety w ciąży, nadciśnienia tętniczego i innych powikłań ciąży, lub poród zabiegowy, oznacza, że ciąża, poród albo laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard.
16. Kobietę w ciąży lub rodzącą kieruje się do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, posiadającego oddział 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 ciążą fizjologiczną, porodem i połogiem 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.
17. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia rodzącej lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o podmiocie leczniczym, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane.
18. Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:
19. ocenę stanu zdrowia kobiety w ciąży, rodzącej, płodu oraz noworodka;
20. wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie patologii ciąży, porodu lub połogu;
21. sprawdzenie posiadanych przed kobietę wyników badań, szczególnie niezbędnych w stanie zagrożenia życia, w tym oznaczenia grupy krwi;
22. prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
23. opiekę nad kobietą w ciąży, rodzącą, w połogu i noworodkiem;
24. zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
25. wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz w połogu;
26. zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała;
27. w przypadku podejrzenia wystąpienia przemocy domowej zgłoszenie przez wszczęcie procedury „Niebieskiej Karty”.
28. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz nad noworodkiem, które polegają w szczególności na:
29. zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
30. podaniu wlewu kroplowego;
31. zabezpieczeniu obrażeń kanału rodnego;
32. utrzymaniu drożności dróg oddechowych i wentylacji rodzącej, kobiety w połogu i noworodka;
33. utrzymaniu czynności życiowych rodzącej albo kobiety w połogu oraz płodu albo noworodka.
34. 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 odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Adnotacja jest podpisywana przez położną i przez lekarza położnika. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza położnika, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i osobą przejmującą opiekę fakt ten odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
35. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej zapewnia dostępność personelu posiadającego aktualną wiedzę medyczną w zakresie resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie zdrowia i życia, do oddziału neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego odpowiednią dla jego stanu zdrowia opiekę neonatologiczną. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi leczniczemu przejmującemu opiekę nad noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.
36. Podmiot leczniczy zapewnia dostępność personelu posiadającego aktualną wiedzę medyczną w zakresie resuscytacji rodzącej i kobiety w połogu, w tym w zakresie intubacji, oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia rodzącej i kobiety w połogu w czasie zapewniającym zachowanie jej zdrowia i życia do oddziału zapewniającego właściwą do jej stanu zdrowia opiekę. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi leczniczemu przejmującemu opiekę nad rodzącą i kobietą w połogu kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.
37. Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w połogu. Jeżeli osoba ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub kobiety w połogu 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.
38. Realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na:
39. respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, połogiem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych w opiece okołoporodowej procedur medycznych;
40. prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;
41. możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
42. **Zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 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 uwarunkowanych genetycznie. 8. Przekazanie informacji o szczepieniach zalecanych w ciąży. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika. 10. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek. 11. Rozpoczęcie edukacji przedporodowej. | 1. Grupa krwi i Rh, o ile kobieta w ciąży nie posiada odpowiednio potwierdzonego badania grupy krwi. 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. Badanie VDRL. 8. Zalecenie kontroli stomatologicznej. 9. Badanie HIV i HCV. 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile kobieta w ciąży nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży. 11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile kobieta w ciąży nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji. 12. Oznaczenie TSH. 13. Badanie antygenu HBs. 14. Badanie w kierunku zakażenia wirusem cytomegalii (IgG, IgM). |
| 11–14 tydzień ciąży | 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. 7. Edukacja przedporodowa. | Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP). |
| 15–20 tydzień ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Propagowanie zdrowego stylu życia. 6. Edukacja przedporodowa. | 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. |
| 18–22 tydzień ciąży |  | Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. |
| 21–26 tydzień ciąży | 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). 8. Edukacja przedporodowa. | 1. Badanie ogólne moczu. 2. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh (–). 3. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM). |
| 24–28 tydzień ciąży |  | Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godzinach od podania glukozy. |
| 27–32 tydzień ciąży | 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. Edukacja przedporodowa z uwzględnieniem analgezji rodzącej. | 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh (–). 4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. 5. W przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anty-D (28–30 tydzień ciąży). |
| 33–37 tydzień ciąży | 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 życia. 12. Edukacja przedporodowa. | 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie antygenu HBs. 4. Badanie HIV. 5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35 –37 tydzień ciąży). 6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia. 7. U kobiet z ujemnym wynikiem w I i II trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM). |
| 38–39 tydzień ciąży | 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika. 10. Edukacja przedporodowa. | 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi. |
| Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży | 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. 8. Edukacja przedporodowa. | 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. |

Osoba sprawująca opiekę:

* 1. jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, informuje kobietę o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje ją do tej położnej w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;
  2. odnotowuje w dokumentacji medycznej kobiety w ciąży fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej; położna podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie przez 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 lub adres poczty elektronicznej;
  3. może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia kobiety w ciąży lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu. Dodatkowo zaleca się, aby kobieta w ciąży (najlepiej do końca 12. tygodnia ciąży) została objęta badaniem ultrasonograficznym piersi, a w szczególności po 35 roku życia, w sytuacji klinicznych zmian w piersi lub, gdy obciążenie rodzinne wskazuje na wyższe u niej ryzyko raka piersi. Badania ultrasonograficzne piersi u kobiet w ciąży powinny wykonywać osoby posiadające udokumentowane kompetencje potwierdzone certyfikatem w zakresie ultrasonografii piersi wydane przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników lub Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne.

Kobieta w ciąży fizjologicznej powinna być konsultowana nie rzadziej niż co 3–4 tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, w uzasadnionych przypadkach częściej.

1. **Identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoporodowych**
2. Do czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem zalicza się w szczególności:
   1. choroby kobiety w ciąży, w szczególności choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, choroby neurologiczne, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy, otyłość, wrodzone wady metabolizmu;
   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 przebytym wynicowaniu macicy;
   9. sytuację, gdy kobieta w ciąży jest pierworódką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
   10. sytuację, gdy kobieta w ciąży jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci;
   11. przewlekłe zakażenie u kobiety w ciąży lub jego podejrzenie lub wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w ciąży;
   12. używanie substancji psychoaktywnych, produktów leczniczych, alkoholu lub nikotyny w ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.
3. Do czynników ryzyka identyfikowanych w ciąży oraz przed porodem na podstawie badania zalicza się w szczególności:
4. wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHg i rozkurczowego wyższą niż 90 mmHg, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h;
5. przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży;
6. odmiedniczkowe zapalenie nerek;
7. niedokrwistość, małopłytkowość i odchylenia w zakresie parametrów układu krzepnięcia;
8. cukrzycę, otyłość;
9. zakażenie wirusem różyczki;
10. przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
11. konflikt serologiczny;
12. 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 matczyno-płodowa);
13. zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo-szyjkowa);
14. nieprawidłową lokalizację łożyska;
15. ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami;
16. przekroczenie 41 tygodnia ciąży lub niepewność co do terminu porodu;
17. dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS);
18. położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;
19. więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego.
20. Do czynników ryzyka śródporodowego zalicza się w szczególności:
    1. przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin);
    2. zaburzenia czynności skurczowej macicy pomimo stosowania uterotoników;
    3. opryszczkę genitalną;
    4. konieczność indukcji lub stymulacji porodu;
    5. obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
    6. temperaturę ciała powyżej 38°C;
    7. okołoporodową utratę krwi w liczbie przekraczającej 20% objętości krwi krążącej w odniesieniu do BMI pacjentki;
    8. wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
    9. zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
    10. wstrząs;
    11. pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
    12. wynicowanie macicy;
    13. pęknięcie macicy.
21. Do czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:
    1. pępowinę dwunaczyniową;
    2. naczynia błądzące;
    3. wady rozwojowe;
    4. masę ciała noworodka 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. narażenie na hipotermię okołoporodową.
22. Oceny występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, dokonuje osoba sprawująca opiekę.
23. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, kobieta w ciąży, rodząca, kobieta w połogu lub noworodek powinni pozostawać pod opieką lekarza położnika lub lekarza neonatologa oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną.
24. Zidentyfikowane u kobiety w ciąży czynniki ryzyka należy omówić odpowiednio wcześnie z kobietą w ciąży lub jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu.
25. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z kobietą w ciąży ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.
26. **Edukacja przedporodowa** 
    1. Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety w ciąży, 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 obejmujący ciążę, poród, połóg oraz wsparcie społeczne kobiety w ciąży, w połogu i rodziny w okresie okołoporodowym skierowany jest do kobiety w ciąży i osoby bliskiej, chyba, że kobieta w ciąży nie wskaże takiej osoby.
    3. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący ciąży obejmuje w szczególności:
    4. przebieg ciąży i rozwój dziecka od początku ciąży do porodu – zmiany w organizmie kobiety w ciąży, rozwój dziecka w poszczególnych tygodniach ciąży, rozwój więzi między rodzicami a nienarodzonym dzieckiem, czynniki mające wpływ na ciążę, zdrowie kobiety w ciąży oraz jej dziecka;
    5. opiekę w ciąży – dostępne formy opieki medycznej, badania prenatalne, badania diagnostyczne, konsultacje i świadczenia zdrowotne realizowane w poszczególnych trymestrach ciąży, plan opieki przedporodowej, samoobserwację w ciąży;
    6. styl życia w ciąży – zasady odżywiania (zasady doboru jakościowego i ilościowego produktów żywnościowych), używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka, aktywność zawodowa, aktywność fizyczna kobiet w ciąży o fizjologicznym przebiegu, formy aktywności fizycznej przeciwwskazane w ciąży, zachowania zdrowotne w ciąży, zachowania i czynności uznawane za niebezpieczne dla kobiet w ciąży, farmakoterapia w ciąży;
    7. dolegliwości w ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi, w tym dolegliwości przemawiające za natychmiastowym kontaktem z lekarzem lub położną;
    8. profilaktykę chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym (TORCH – zakażenia w okresie perinatalnym, szczepienia ochronne w okresie okołoporodowym – zalecane, przeciwwskazane, możliwe do wykonania, bezpieczeństwo szczepień u kobiet w ciąży i karmiących piersią, szczepienia przed podróżą zagraniczną;
    9. problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w ciąży, porodu i połogu;
    10. zagadnienia prawne dotyczące przepisów standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej kobiet w ciąży , matek.
    11. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący porodu obejmuje w szczególności:
27. przygotowanie do porodu i plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej;
28. czynniki zwiastujące początek porodu, w tym stany nagłe wymagające szybkiej hospitalizacji;
29. postępowanie przy przyjęciu do porodu, dokumenty osobiste i dokumentacja medyczna niezbędna przy przyjęciu do porodu oraz wyprawka do szpitala;
30. fizjologia porodu, poród aktywny, poród rodzinny, w tym rola i zadania osoby bliskiej podczas porodu, wybór miejsca porodu, w tym uwarunkowania, wskazania, przeciwskazania;
31. pozycje wykorzystywane w I i II okresie porodu (pozycje wertykalne) i sprzęt pomocny w trakcie porodu;
32. łagodzenie bólu porodowego (niefarmakologiczne i farmakologiczne);
33. kontakt matki z noworodkiem „skóra do skóry”, w tym inicjacja karmienia piersią;
34. cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim.
    1. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połóg) obejmuje w szczególności:
35. opiekę w połogu – przebieg połogu, powrót płodności po porodzie oraz psychologiczne aspekty połogu, styl życia w połogu, opiekę w połogu w środowisku domowym, profilaktykę zaburzeń uroginekologicznych;
36. karmienie piersią i wsparcie w laktacji, w tym rozwiązywanie problemów związanych z laktacją;
37. 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 do postępowania z dzieckiem w domu oraz zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym, dolegliwości mogące wzbudzać niepokój u rodziców i sposoby radzenia sobie z nimi, pierwszą pomoc przedmedyczną w sytuacjach nagłych, profilaktykę chorób zakaźnych w wieku noworodkowym i niemowlęcym, w tym szczepienia ochronne, rozwój dziecka w pierwszym roku życia.
38. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego), informacje o systemie wsparcia w przypadku zjawiska przemocy domowej oraz symptomów wskazujących na jego wystąpienie.
39. Podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzące edukację przedporodową nie prowadzą działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.
40. **Plan opieki przedporodowej i plan porodu**
    1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz kobieta w ciąży 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 uwzględnia się możliwość zakwalifikowania kobiety w ciąży do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu.
    2. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu w szczególności oczekiwania kobiety dotyczące:
41. miejsca i warunków porodu;
42. obecności osoby bliskiej podczas porodu, z wyłączeniem porodów zabiegowych;
43. metod łagodzenia bólu porodowego;
44. zgody lub braku zgody na wykonywanie różnych zabiegów medycznych, z omówieniem wskazań do ich stosowania i ewentualnych konsekwencji dla noworodka i matki w przypadku ich niezastosowania;
45. wskazania ewentualnych zastrzeżeń co do woli bądź możliwości karmienia piersią,
46. kontaktu „skóra do skóry”, w tym wskazania osoby, która będzie uczestniczyła w kangurowaniu dziecka w sytuacji, w której kontakt „skóra do skóry” nie może mieć miejsca lub musi być przerwany; inicjacja karmienia piersią w trakcie kontaktu „skóra do skóry”;
47. specjalnych potrzeb i wymagań na przykład wynikających z niepełnosprawności, chorób, konieczności tłumaczenia, wymagań dietetycznych, uwarunkowań kulturowych.
48. Plan opieki przedporodowej i plan porodu są modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej kobiety w ciąży, rodzącej, płodu i noworodka i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki.
49. Plan opieki przedporodowej i plan porodu jest dołączany do indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej kobiety w ciąży .
50. Kobiecie w ciąży należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.
51. Należy umożliwić kobiecie w ciąży wcześniejsze zapoznanie z miejscem porodu, konsultację anestezjologiczną na wypadek oczekiwanego przez kobietę w ciąży zastosowania u niej analgezji regionalnej porodu.
52. W celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad rodzącą zakażoną HIV oraz noworodkiem jest zasadne kierowanie jej do porodu do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej i neonatologicznej.
53. W przypadku opieki nad kobietą, która podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym i przekazanie go do pieczy zastępczej, a następnie adopcji plan opieki musi uwzględniać taki sposób postępowania, który uwzględnia jej decyzję.
54. **Postępowanie w trakcie porodu**
55. Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mają 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 rodzącej podczas porodu.
56. 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 stosują jego postanowienia;
    5. omawiają z rodzącą dostępne metody łagodzenia bólu;
    6. każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego 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.
57. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
58. zapewnić ciągłość opieki;
59. dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
60. umożliwić rodzącej korzystanie ze wsparcia osoby bliskiej;
61. zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
62. zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.
63. Rodząca powinna mieć możliwość jedzenia w trakcie porodu. Spożywanie posiłków konsultuje z osobą sprawującą opiekę.
64. 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.
65. **Łagodzenie bólu porodowego**
    1. Rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego.
    2. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej w celu porodu przekazuje się, w sposób dla niej zrozumiały, informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie.
    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 tym podmiocie, oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.
    4. W podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający ust. 1–3 i 7–24 i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego. Dostępne metody łagodzenia bólu porodowego podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej publikuje na swojej stronie internetowej i regularnie aktualizuje.
    5. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu leczniczego, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.
    6. Osoby wykonujące zawód medyczny udzielające 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 podpisem.
    7. Łagodzenie bólu porodowego obejmuje metody niefarmakologiczne i farmakologiczne.
    8. Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:
    9. 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;
    10. techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
    11. metody fizjoterapeutyczne, w tym: masaż relaksacyjny, ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu, przezskórną stymulację nerwów (Transcuteneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);
    12. immersję wodną;
    13. akupunkturę;
    14. akupresurę.
    15. Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego są stosowane przez położną odpowiedzialną za prowadzenie porodu lub przez osobę bliską, a w porodzie nieprzebiegającym fizjologicznie przez położną z pomocą osoby bliskiej po poinformowaniu lekarza położnika. Dobór metody uzgadniany jest z rodzącą.
    16. Zakres i częstość monitorowania stanu rodzącej oraz płodu w czasie stosowania metod niefarmakologicznych łagodzenia bólu porodowego powinny uwzględniać aktualny stan kliniczny rodzącej.
    17. Metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:
    18. analgezję wziewną;
    19. stosowanie opioidów z wykluczeniem stosowania domięśniowego;
    20. analgezję regionalną i miejscową.
    21. 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 wdrożenia dodatkowych metod monitorowania stanu płodu.
    22. 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, częstszą kontrolę rozwarcia szyjki macicy i ciągłe monitorowanie KTG.
    23. Analgezja regionalna obejmuje:
    24. analgezję zewnątrzoponową;
    25. połączoną analgezję podpajęczynówkową i zewnątrzoponową;
    26. analgezję podpajęczynówkową.
    27. Analgezja miejscowa obejmuje blokadę nerwu sromowego.
    28. 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.
    29. Poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest nadzorowany przez lekarza położnika.
    30. Blokada nerwu sromowego jest wykonywana przez lekarza położnika i nie wymaga udziału lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu.
    31. Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu. Analgezja regionalna powinna być kontynuowana podczas II okresu porodu.
    32. 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.
    33. Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca uzyskuje od lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu informację o jej przebiegu, jej wpływie na poród i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu pisemnej zgody rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego.
    34. Badania poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej przeprowadzane są zgodnie z wytycznymi konsultanta krajowego i towarzystw naukowych i obejmują:
    35. badanie fizykalne i ocenę stanu fizycznego rodzącej według skali American Society of Anesthesiologists (ASA);
    36. badanie spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji regionalnej porodu pod postacią blokady centralnej;
    37. badania diagnostyczne;
    38. badanie położnicze oceniające postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu dokonane przez lekarza położnika, który będzie nadzorował poród i w przypadku powikłań położniczych wdroży odpowiednie postępowanie.
    39. W przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu współpracuje położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna.
    40. Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu może prowadzić więcej niż jedną analgezję porodu jednocześnie pod warunkiem stabilnego stanu rodzącej odnotowanego w dokumentacji medycznej. Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu nie może w tym samym czasie udzielać innego rodzaju świadczeń zdrowotnych z wyjątkiem świadczeń wykonywanych na rzecz rodzących udzielanych w trybie natychmiastowym pod warunkiem, że sala porodowa znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie z salą zabiegową.
    41. 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 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. Położna anestezjologiczna, która sprawuje opiekę nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej, nie prowadzi jednocześnie porodu.
    42. 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.
    43. Po podaniu produktów leczniczych znieczulenia miejscowego do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej rodząca znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu przez co najmniej 30 minut.
    44. Monitorowanie funkcji życiowych:
    45. przed rozpoczęciem analgezji regionalnej jest konieczna w szczególności kontrola:
        1. ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP),
        2. czynności serca (HR),
        3. saturacji krwi obwodowej (SpO2),
        4. częstości akcji serca płodu (FHR);
    46. pomiary parametrów wymienionych w pkt 1 należy powtarzać nie rzadziej niż co 5 minut od podania dawki produktu leczniczego miejscowo znieczulającego inicjującej analgezję przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów rodzącej i płodu;
    47. oceny stanu rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej dokonuje się nie rzadziej niż co 90 minut przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu i w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej;
    48. wyniki pomiarów, w tym ocenę rozprzestrzeniania analgezji regionalnej, ocenę poziomu złagodzenia bólu, jego charakteru oraz zdolności rodzącej do przemieszczania się, odnotowuje się w karcie przebiegu znieczulenia;
    49. przy każdym kolejnym podaniu dawki produktów leczniczych miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej porodu monitoruje się parametry określone w pkt 1.
    50. Opieka nad kobietą w połogu i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje:
    51. pozostawanie kobiety w połogu i noworodka pod opieką położnejanestezjologicznej i nadzorem lekarza położnika, lekarza neonatologa lub lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej oraz wykluczenia innych niebezpiecznych powikłań związanych z analgezją regionalną porodu;
    52. dokonanie u noworodka wstępnej oceny jego stanu według skali Apgar, a następnie podjęcie czynności wymienionych w części XIII.
    53. 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 poród i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych. Rodząca udziela pisemnej zgody na zastosowanie danej metody.
    54. 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 analgezję regionalną porodu.
    55. W zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje z:
66. lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu;
67. położną albo położną anestezjologiczną;
68. lekarzem neonatologiem.
    1. 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 oraz przeprowadzoną i udokumentowaną przez lekarza położnika oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.
    2. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga, w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania rodzącej i płodu obejmującego:
    3. u rodzącej i kobiety w połogu ocenę funkcji:
       1. układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz pulsoksymetrię przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, uwzględniającą rodzaj zastosowanego opioidu i drogi jego podania; w uzasadnionych przypadkach obserwacja co najmniej 12 godzin,
       2. układu krążenia, obejmującą pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej;
    4. u płodu – ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.
    5. 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.
69. **Rozpoczęcie porodu**
    1. Przyjęcie do porodu następuje przez zgłoszenie się do wybranego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.
    2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.
    3. Rozpoznanie porodu:
    4. początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych;
    5. przebieg porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych.
    6. 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.
    7. 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.
70. **Postępowanie w I okresie porodu**
    1. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:
    2. ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
    3. przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:
       1. wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
       2. dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
       3. dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
       4. sprawdzenie grupy krwi kobiety,
       5. ocena wyników badań laboratoryjnych,
       6. ocena położenia i oszacowanie wielkości płodu,
       7. przeprowadzenie badania położniczego z oceną zaawansowania porodu i ciągłości pęcherza płodowego,
       8. dokonanie oceny czynności skurczowej macicy,
       9. dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
       10. dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
       11. dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
       12. założenie dokumentacji medycznej,
       13. wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego, wyłącznie na życzenie rodzącej,
       14. zakładanie wkłucia do żyły obwodowej, jeżeli sytuacja tego wymaga,
       15. dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
       16. udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).
    4. 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.
    5. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:
    6. określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
       1. dokonywanie oceny postępu porodu zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami prowadzenia porodu,
       2. dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
    7. nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej;
    8. dokonywania oceny stanu rodzącej przez:
       1. ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju oczekiwanego wsparcia,
       2. prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (temperatura 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,
       3. ocenę wydzieliny pochwowej,
       4. ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
    9. 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, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu należy prowadzić w medycznie uzasadnionych przypadkach. W sytuacjach wątpliwych konieczne wykonanie przynajmniej trzydziestominutowego zapisu kardiotokograficznego;
    10. prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;
    11. aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie przez:
        1. informowanie o postępie porodu,
        2. pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
        3. zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
        4. współpracę z osobą bliską;
    12. dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenia partogramu;
    13. przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.
71. **Postępowanie w II okresie porodu**
    1. Czas trwania II okresu porodu nie powinien przekroczyć dwóch godzin. W przypadku 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 działań:
    5. oceny stanu ogólnego rodzącej;
    6. oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy, jeżeli jest to możliwe, pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę;
    7. oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
    8. pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
    9. przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
    10. współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz kierowanie się potrzebą parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
    11. ochrony krocza, przy czym nacięcie krocza należy stosować wyłącznie w medycznie uzasadnionych przypadkach;
    12. kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków.
72. **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 działań:
    3. oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
    4. okazania noworodka matce, poinformowania o jego płci i godzinie porodu;
    5. założenia noworodkowi opasek identyfikacyjnych, przed jego odpępnieniem, po wcześniejszym odczytaniu i potwierdzeniu przez matkę zawartych na nich danych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 36 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799);
    6. zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia, jednak nie wcześniej niż po upływie jednej minuty od urodzenia się dziecka;
    7. przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
    8. oceny stanu noworodka – w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych z aktualnymi wytycznymi;
    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;
    10. obserwacji przebiegu kontaktu matki i noworodka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
    11. podania produktów leczniczych w uzasadnionych sytuacjach;
    12. oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza – jego rozległości;
    13. oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
    14. oceny obkurczenia mięśnia macicy;
    15. rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska;
    16. oceny kompletności popłodu;
    17. szacunkowej oceny ilości krwi utraconej podczas porodu.
    18. Aktywne wydalanie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Poza przypadkami krwotoku niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy oraz pociąganie za pępowinę.
    19. Kontakt „skóra do skóry”, jeżeli stan zdrowia matki i noworodka na to pozwala, powinien trwać 2h, może być on przerwany na życzenie matki. Kontakt „skóra do skóry” należy zapewniać również w sytuacjach porodu zabiegowego, jeżeli stan zdrowia matki i noworodka na to pozwala. W sytuacjach w których kontakt „skóra do skóry” nie jest możliwy ze względu na stan zdrowia matki zapewnia się kangurowanie noworodka przez ojca lub inną osobę bliską wskazana przez matkę w planie porodu, chyba, że matka w planie porodu rozstrzygnie w inny sposób.
73. **Postępowanie w IV okresie porodu**
    1. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
    2. kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
    3. kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych;
    4. kontrolę stanu kanału rodnego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
    5. zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza;
    6. 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;
    7. udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.
    8. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w czasie porodu nie powinna przekraczać 500 ml krwi.
74. **Opieka nad noworodkiem**
    1. Opieka w oddziale porodowym lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej o tym profilu:
    2. w sali porodowej znajduje się stanowisko noworodkowe wyposażone w: promiennik ciepła, układ do wspomagania oddychania (resuscytator), zegar Apgar, ssak, kardiomonitor, wagę;
    3. stanowisko noworodkowe jest przeznaczone do:
       1. badania noworodka,
       2. wykonywania procedur u noworodków z zaburzeniami pierwszego oddechu,
       3. resuscytacji noworodka;
    4. sala do cięć cesarskich w podmiotach leczniczych posiadających oddziały o II i III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej jest wyposażona w dwa stanowiska do resuscytacji;
    5. opieka pielęgnacyjna nad położnicą i noworodkiem jest realizowana przez położną;
    6. położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:
       1. dokonuje oznakowania noworodka, zaciśnięcia i przecięcia pępowiny, o których mowa w części XI ust. 2 pkt 3–5,
       2. ocenia noworodka wg skali Apgar; ocena ta powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne,
       3. nadzoruje pierwsze karmienie piersią,
       4. waży i mierzy noworodka po zakończonym dwugodzinnym pierwszym kontakcie matki z dzieckiem,
       5. 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);
    7. w sali porodowej, w której rodzi się noworodek, znajduje się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętności resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji;
    8. obecność lekarza neonatologa w sali porodowej przed lub po urodzeniu noworodka jest wymagana w przypadku:
       1. porodu zabiegowego,
       2. porodu przedwczesnego,
       3. porodu z ryzykiem niedotlenienia okołoporodowego,
       4. porodu u kobiety z patologiczną ciążą,
       5. porodu u kobiety w ciąży z przewidywanymi lub stwierdzanymi u noworodka wadami wrodzonymi,
       6. uzasadnionych i udokumentowanych zaburzeń adaptacyjnych w IV okresie porodu;
    9. bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić noworodkowi 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.
    10. Opieka w oddziale położniczym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego o tym profilu:
    11. zdrowy noworodek po pobycie wraz z matką w sali porodowej jest przekazywany do oddziału położniczego zorganizowanego w systemie „matka z dzieckiem”;
    12. 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 8, jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka;
    13. 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;
    14. wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane są po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”, o ile stan zdrowia matki na to pozwala;
    15. w trakcie pobytu obserwuje się relacje pomiędzy matką a dzieckiem oraz innymi członkami rodziny, w przypadku podejrzenia przemocy domowej wszczyna się procedurę „Niebieskiej Karty” oraz powiadamia psychologa w celu objęcia opieką;
    16. u noworodka podczas pobytu w oddziale położniczym należy wykonać:
        1. test pulsoksymetryczny,
        2. przesiewowe badanie słuchu,
        3. ocenę budowy i kształtu wędzidełka języka,
        4. ocenę umiejętności ssania,
        5. pobranie badania przesiewowego na bibułę (badanie suchej kropli krwi),
        6. obowiązkowe szczepienia po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej;
    17. noworodkowi należy założyć kartę uodpornienia;
    18. w dniu wypisu należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje dotyczące:
        1. istotnych danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu,
        2. wykonanych pomiarów antropometrycznych,
        3. wykonanych szczepień ochronnych,
        4. wykonanych badań przesiewowych,
        5. wykonanych czynności profilaktycznych,
        6. pobytu dziecka w szpitalu,
        7. wydanych zaleceń żywieniowych, pielęgnacyjnych, przeprowadzonego instruktażu matki w zakresie przystawiania do piersi i zasad karmienia piersią oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych;
    19. należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym dokumentację noworodka określoną przepisami o aktach stanu cywilnego;
    20. podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad matką lub noworodkiem przekazuje do dnia wypisu matki lub dziecka zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; zgłoszenie o porodzie zawiera:
        1. imię i nazwisko matki,
        2. numer PESEL matki albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL,
        3. godzinę i datę urodzenia dziecka,
        4. w przypadku martwego urodzenia lub zgonu dziecka informację o tym fakcie,
        5. płeć dziecka,
        6. adres, pod którym będą przebywać matka wraz z dzieckiem lub matka w połogu, oraz numer telefonu kontaktowego,
        7. czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia;
    21. w przypadku urodzenia dziecka martwego albo zgonu dziecka, podmiot leczniczy, w dniu wypisu informuje pacjentkę o możliwości skorzystania z ciągłej profesjonalnej opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu. W przypadku wyrażenia przez nią zgody, przekazuje zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą udzielającemu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
    22. przekazanie zgłoszenia o porodzie następuje w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru; potwierdzenie odbioru jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka lub odrębnego rejestru zgłoszeń o porodzie prowadzonego przez podmiot leczniczy dokonujący jego wypisu;
    23. w przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającemu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad kobietą w połogu i noworodkiem podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród, informuje kobietę w połogu o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającemu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
    24. podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej właściwe względem miejsca zamieszkania albo miejsca pobytu matki i noworodka o przypadku podejrzenia zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i matki oraz braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem i kobietą w połogu w miejscu zamieszkania lub pobytu;
    25. przepisu pkt 14 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 2024 r. poz. 146, 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.
75. **Standardowa opieka laktacyjna**
76. Standardowa opieka laktacyjna obejmująca promocję i przygotowanie do karmienia piersią kobiet w ciąży oraz udzielanie porad polegających na zapobieganiu i rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją u kobiet w okresie laktacji i karmienia piersią jest zadaniem położnej.
77. Opieka laktacyjna jest sprawowana zgodnie z decyzją matki w odniesieniu do sposobu żywienia dziecka.
78. Opieka laktacyjna świadczona przez położną podstawowej opieki zdrowotnej na etapie ciąży obejmuje przygotowanie kobiety w ciąży do karmienia piersią przez edukację w zakresie karmienie piersią i wsparcia w laktacji, w tym informowanie o znaczeniu inicjacji karmienia piersią podczas kontaktu matki z noworodkiem „skóra do skóry”.
79. Opieka laktacyjna na etapie porodu obejmuje:
80. umożliwienie i obserwację nieprzerwanego kontaktu matki z noworodkiem „skóra do skóry”, jeżeli stan matki i noworodka na to pozwalają;
81. zachęcanie matki do rozpoznania momentu, kiedy noworodek jest gotowy do ssania piersi, a także obserwowanie matki i noworodka, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferowanie pomocy.
82. Opieka laktacyjna na oddziale położniczym obejmuje zapewnienie warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:
83. dostarczenie matce przez położną sprawującą opiekę nad matką i noworodkiem informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i zasad karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;
84. ocenę stanu gruczołów piersiowych i brodawek;
85. przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia noworodka do piersi uwzględniającego informację, że 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, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia noworodka, kiedy z powodu obniżonej aktywności noworodka wybudzanie nie jest wymagane co trzy godziny;
86. zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
87. dokonywanie, w pierwszych dniach po urodzeniu, 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, ubytek masy ciała 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;
88. przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka,
89. niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka;
90. zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego;
91. zalecenie noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, podawania mleka z banku mleka kobiecego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Równolegle rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki noworodka;
92. nieprowadzenie w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w ciąży, po porodzie i noworodkami 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;
93. udzielanie wsparcia przez położne sprawujące opiekę nad matką i noworodkiem w trakcie jej pobytu w szpitalu w zależności od potrzeb kobiety przez 24 godziny na dobę. Położną w sprawowaniu opieki laktacyjnej w oddziale położniczym wspiera edukator do spraw laktacji;
94. podawanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt wyłącznie na zlecenie lekarza i zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej porady o takim żywieniu, która powinna obejmować informacje o odpowiednim stosowaniu preparatu do początkowego żywienia niemowląt, w tym również o:
95. możliwych konsekwencjach społecznych i ekonomicznych ich stosowania,
96. ryzyku, jakie niosą dla zdrowia niemowlęcia niewłaściwa żywność lub metoda karmienia, w tym niewłaściwe zastosowanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt,
97. możliwych negatywnych skutkach dla karmienia piersią w przypadku częściowego karmienia za pomocą butelki oraz trudnościach w powrocie do karmienia piersią, jeżeli zostanie podjęta decyzja o karmieniu sztucznym;
98. podawanie noworodkowi preparatu do początkowego żywienia niemowląt bez zgody matki jest niedopuszczalne.
99. Opieka laktacyjna nad kobietą w połogu i jej dzieckiem w miejscu zamieszkania albo pobytu obejmuje:
100. ocenę u położnicy stanu gruczołów piersiowych i brodawek; ocenę laktacji;
101. zachęcanie do karmienia piersią;
102. udzielanie 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;
103. pomoc w rozwiazywaniu problemów związanych z laktacją;
104. prowadzenie edukacji zdrowotnej z zakresu odżywiania matki karmiącej, korzyści z karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją;
105. ocenę: odżywiania dziecka, w tym – sposobu karmienia (wyłącznie piersią, odciąganym mlekiem matki, preparatem do początkowego żywienia niemowląt, karmienie łączone), przebiegu karmienia (częstość, długość, wielkość porcji, oznaki głodu, nasycenia) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa, pomiar masy ciała noworodka, niemowlęcia i ocena przyrostu albo spadku masy ciała).
106. Opieką laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji obejmuje się również kobiety w sytuacjach: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia, zgonu noworodka.
107. Matce, która podjęła decyzję o nie karmieniu dziecka w sposób naturalny należy udzielić informacji o metodach hamowania laktacji zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji, doborze akcesoriów do karmienia i preparatów do początkowego żywienia niemowląt.
108. **Połóg** 
     1. Kobiecie w połogu i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.
     2. Opieka nad kobietą w połogu obejmuje w szczególności ocenę:
     3. stanu ogólnego kobiety w połogu;
     4. stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek oraz ocenę rany, w przypadku zakończenia ciąży lub porodu cięciem cesarskim;
     5. laktacji;
     6. czynności pęcherza moczowego i jelit;
     7. higieny ciała;
     8. stanu psychicznego kobiety w połogu, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.
     9. Kobiecie w połogu należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach, o których mowa w części XVI, lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny kobiety w połogu tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających.
     10. Opieka nad dzieckiem obejmuje w szczególności ocenę:
     11. stanu ogólnego (temperatura ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
     12. w przypadku noworodka obecności odruchów noworodkowych;
     13. stanu skóry (zażółcenia powłok skórnych, zaczerwienienia – rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypki, ciemieniuchy, zasinienia, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
     14. odżywiania – sposobu karmienia (wyłącznie piersią, odciąganym pokarmem matki, piersią z rozszerzaniem diety, mieszane, mieszane z rozszerzaniem diety, wyłącznie preparatem do początkowego żywienia niemowląt, preparatem do początkowego lub dalszego żywienia niemowląt z rozszerzaniem diety), przebiegu karmienia (częstość, długość, wielkość porcji, oznaki głodu, nasycenia) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa, inne);
     15. oczu (obrzęk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniawki);
     16. zachowania się dziecka (długość snu, czuwania, nawiązywanie kontaktu);
     17. sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubieranie);
     18. stanu kikuta pępowiny (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujace, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);
     19. higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa dziecko;
     20. wykonania badań przesiewowych w ramach programów zdrowotnych oraz szczepień ochronnych.
     21. Ocena stanu zdrowia położnicy i dziecka określona w ust. 2 i 4 jest odnotowana w dokumentacji medycznej.
     22. Opieka nad położnicą w domu jest realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego zgodnie ze stanem położnicy i noworodka lub niemowlęcia oraz sytuacją w środowisku domowym.
     23. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w części XIII ust. 2 pkt 10.
     24. Położna podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje nie mniej niż cztery wizyty. Pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia urodzenia dziecka lub wypisu matki po urodzeniu. Jeżeli dziecko opuści szpital w terminie późniejszym niż objęcie matki opieką, położna podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje nie mniej niż dwie wizyty po powrocie dziecka do miejsca zamieszkania lub pobytu.
     25. Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna podstawowej opieki zdrowotnej kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka oraz poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.
     26. Podczas wizyt położna w szczególności:
     27. ocenia stan zdrowia kobiety i dziecka;
     28. obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;
     29. udziela porad na temat opieki nad dzieckiem i jego pielęgnacji;
     30. ocenia, w jakim stopniu rodzic stosuje się do zaleceń położnej podstawowej opieki zdrowotnej dotyczących opieki i pielęgnacji dziecka;
     31. ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia położnicy ze strony osoby bliskiej;
     32. obserwuje relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny, w przypadku podejrzenia przemocy wszczyna procedurę „Niebieskiej Karty” oraz w razie potrzeby podejmuje działania przeciwdziałające bezpośredniemu zagrożeniu ze strony członka rodziny;
     33. 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 rozwiazywaniu problemów związanych z laktacją;
     34. udziela instruktażu w zakresie czynności higienicznych u noworodka, w tym: techniki kąpieli noworodka, pielęgnowania skóry, pielęgnacji kikuta pępowiny i dna pępka;
     35. informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
     36. informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza położnika w ósmym tygodniu od urodzenia dziecka;
     37. udziela porad na temat zdrowego stylu życia;
     38. udziela porad w zakresie profilaktyki zaburzeń dna miednicy oraz w zakresie rozwiązywania problemów nietrzymania moczu, gazów i stolca;
     39. udziela porad na temat minimalizowania i radzenia sobie ze stresem;
     40. prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu na zdrowie, przenikania alkoholu do mleka matki i jego wpływu na rozwój dziecka, 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;
     41. realizuje świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne samodzielnie lub na zlecenie lekarskie;
     42. zdejmuje szwy z krocza i brzucha w zakresie swoich kompetencji, jeżeli zachodzi taka potrzeba;
     43. realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;
     44. motywuje do prowadzenia gimnastyki oraz udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w połogu;
     45. udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i niemowlęcego oraz okresu połogu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
     46. 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.
     47. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u matki i dziecka, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej.
     48. Po zakończeniu wizyt położnej w miejscu zamieszkania lub pobytu matki i jej dziecka dalszą opiekę nad dzieckiem sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna podstawowej opieki zdrowotnej.
     49. W przypadku dziecka przedwcześnie urodzonego lub dziecka urodzonego o czasie, ale wymagającego dłuższego pobytu w szpitalu, profesjonalna opieka w miejscu zamieszkania albo pobytu jest realizowana według indywidualnego planu opieki, dostosowanego do ich wieku i stanu zdrowia.
109. **Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych**
     1. Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady płodu , poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.
     2. Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, pod których opieką znajduje się kobieta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz są informowane o przebywaniu danej kobiety w tym podmiocie celem uwrażliwienia na jej sytuację.
     3. Kobiecie w sytuacji, o której mowa w ust. 1, zapewnia się pomoc, realizowaną w następujący sposób:
     4. przy przekazywaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej matki i jej dziecka osoba sprawująca opiekę jest obowiązana zapewnić kobiecie na jej życzenie czas pozwalający na oswojenie się z informacją, przed udzieleniem szczegółowych wyjaśnień, zanim kobieta będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych jest niezbędne;
     5. po przekazaniu informacji należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety;
     6. kobietę w sytuacji, o której mowa w ust. 1, umieszcza się w sali jednoosobowej, chyba że kobieta ta zdecyduje inaczej albo wszystkie sale jednoosobowe są zajęte. Kobiety w sytuacji, o której mowa w ust. 1, nie umieszcza się w sali razem z kobietami w ciąży, bądź w połogu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;
     7. kobietę 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 potrafią nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do kobiety 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 wykonuje się w intymnej atmosferze;
     8. kobiecie należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę;
     9. w celu nawiązania dobrego kontaktu z kobietą osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad kobietą, w szczególności:
        1. przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad kobietą,
        2. prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
        3. szanują jej prywatność i poczucie intymności,
        4. każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań;
     10. kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;
     11. kobiecie 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;
     12. w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały 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;
     13. kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku;
     14. kobieta otrzymuje opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w sytuacjach, o których mowa w ust. 1;
     15. 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;
     16. kobietę w sytuacji szczególnej, o której mowa w ust. 1, podmiot leczniczy, w dniu wypisu informuje o możliwości skorzystania z ciągłej profesjonalnej opieki położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu. W przypadku uzyskania jej zgody, przekazuje do dnia jej wypisu zgłoszenie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą udzielającemu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Zgłoszenie zawiera:
     17. imię i nazwisko,
     18. numer PESEL albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL,
     19. w przypadku rozpoznania podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka informację o rozpoznaniu i planowanym terminie porodu,
     20. datę w przypadku poronienia, martwego urodzenia lub zgonu dziecka,
     21. adres, pod którym będzie przebywać kobieta, oraz numer telefonu kontaktowego,
     22. czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia;
     23. przekazanie zgłoszenia o kobiecie w sytuacji szczególnej, o której mowa w ust.1, następuje w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru; potwierdzenie odbioru jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji kobiety lub odrębnego rejestru zgłoszeń prowadzonego przez podmiot leczniczy dokonujący jego wypisu;
     24. kobiecie w sytuacji szczególnej, o której mowa w ust.1, gdy wyraża taką wolę, należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu polegającą w szczególności na:
110. opiece i zapewnieniu wsparcia w ciąży z rozpoznaniem ciężkiej choroby lub wady dziecka, z częstotliwością odpowiednią do stanu zdrowia kobiety,
111. opiece położnej w związku z przebiegiem połogu lub cofaniem się zmian fizjologicznych po poronieniu,
112. kontynuacji opieki związanej z hamowaniem laktacji,
113. ocenie czynników ryzyka depresji,
114. wskazaniu konieczności opieki lekarskiej odpowiednio do stanu zdrowia.
115. **Zapewnienie dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami**
116. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem, przy planowaniu prac inwestycyjnych, w tym rozwiązań komunikacyjnych, bądź działań organizacyjnych uwzględniają konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń osobom ze szczególnymi potrzebami w szczególności w zakresie określonym w ust. 2.
117. Podmioty o których mowa w ust. 1 odpowiednio do wykonywanych przez siebie świadczeń zdrowotnych zapewniają:
118. osobom poruszającym się na wózkach inwalidzkich możliwość bezkolizyjnego dotarcia do gabinetu i innych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem odpowiednio do potrzeb wind, podjazdów, podnośników schodowych, szerokości przejść minimum 90 cm w świetle drzwi oraz 140 cm wolnej przestrzeni (niezajętej przez sprzęty, meble i inne obiekty) na korytarzach;
119. co najmniej jeden w podmiocie obniżany fotel ginekologiczno-położniczy i leżankę z regulowaną wysokością, dostosowane do potrzeb pacjentek z niepełnosprawnością, podnośnik do przenoszenia pacjentek, wagę dla pacjentek, umożliwiającą zważenie osoby poruszającej się na wózku. Rekomenduje się, aby wskazane sprzęty znajdowały się w gabinecie wyposażonym w pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich;
120. co najmniej jednopomieszczenie higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością, skomunikowane w sposób dostępny architektonicznie z miejscem udzielania świadczeń;
121. w gabinecie wyposażonym w sprzęt o którym mowa w pkt 2 przestrzeń manewrową wynoszącą 150 cm x 150 cm, umożliwiającą swobodne poruszanie się na wózku inwalidzkim;
122. oznaczenia pomieszczeń również w alfabecie Braille’a;
123. komunikowanie się w polskim języku migowym, na przykład przez wykorzystanie aplikacji on-line tłumaczących na żywo na polski język migowy i z polskiego języka migowego na język polski;
124. wyposażenie w pętlę indukcyjną (co najmniej jedna w rejestracji i druga w gabinecie wraz z jej właściwym oznakowaniem stosownym piktogramem);
125. oznakowanie w postaci piktogramów, dostępne wsparcie dla osób z niepełnosprawnością w szczególności informujących o podjazdach i windach dla osób z niepełnosprawnością oraz dostępności pętli indukcyjnej i tłumacza języka migowego;
126. wstępu psa przewodnika;
127. obniżonej lady w rejestracji w postaci zamontowania blatu na wysokości 90 cm od ziemi oraz o szerokości minimum 90 cm;
128. stronę internetową, która jest dostępna cyfrowo, co oznacza jej zgodność ze standardem WCAG 2.1. i posiadającą deklarację dostępności sporządzoną zgodnie z wymogami ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1440);
129. umówienie się na wizytę przez e-mail lub SMS, lub formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej zgodne ze standardem WCAG 2.1.;
130. odbioru wyników w formie dostępnej dla czytników zawartości ekranu oraz odbioru wyników w formie dostępnej cyfrowo (np. odczytywalny PDF) za pośrednictwem poczty elektronicznej;
131. wydłużony czas wizyty dla pacjentki ze szczególnymi potrzebami (poradnie);
132. pomoc asystenta osoby z niepełnosprawnością, którego rolą w szczególności jest:
133. ustalanie wizyt z uwzględnieniem zapewnienia możliwości obsługi w dostosowanych adekwatnie do niepełnosprawności pomieszczeniach,
134. zapewnienia dostępu do wyników badań i dokumentacji medycznej w sposób uwzględniający bariery w komunikowaniu się wynikające z niepełnosprawności.
135. Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielając świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w ciąży, porodu połogu oraz nad noworodkiem są przygotowani do kontaktu i opieki nad osobami ze szczególnymi potrzebami (szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne, kursy). Osoby wykonujące zawód medyczny zostały odpowiednio przeszkolone z zakresu wsparcia kobiet z niepełnosprawnościami i dostępności usług położniczo-ginekologiczno-neonatologicznych.