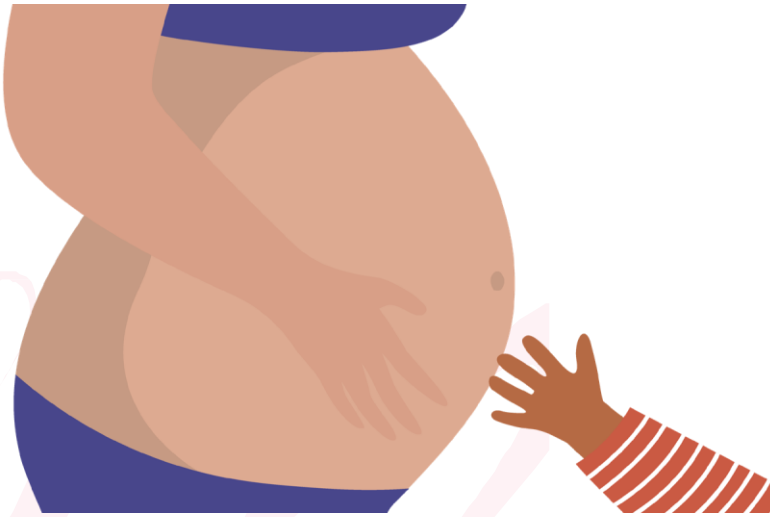
Mon projet de naissance

Ce document a pour objectif d'exprimer vos souhaits concernant la naissance, dans le respect de la sécurité médicale de la mère et de l'enfant. Il sera intégré à votre dossier médical.

Ce projet de naissance a été conçu pour vous guider dans votre réflexion. Vous pouvez le compléter librement ou joindre un projet de naissance personnel.

Ce document est révisable à tout moment. Certaines situations peuvent nécessiter une adaptation de vos souhaits en fonction de votre état de santé et de celui de votre enfant.

Nom / Prénom : .....
Terme prévu : .....
Personne accompagnante :
.....



L'accouchement

Lieu de naissance

☐ Salle nature / espace physiologique (sous réserve de remplir les critères médicaux d'admission)
☐ Salle d'accouchement classique

Ambiance

☐ Lumière tamisée
☐ Musique
☐ Calme
☐ Être en autonomie
☐ Me sentir guidée, accompagnée et conseillée par les professionnels de santé
☐ Autre : .....

Analgésie péridurale

☐ Je souhaite bénéficier de la péridurale
☐ Je souhaite éviter au maximum la péridurale
☐ Je souhaite décider en fonction de l'évolution du travail
☐ Autre : .....

Travail et gestion des contractions

Je souhaite privilégier :
☐ Un accouchement le plus physiologique possible
☐ La liberté de positions pendant le travail et l'expulsion
☐ Des conseils pour les positions favorisant la mobilité et l'ouverture du bassin
☐ La présence de la personne accompagnante tout au long du travail et à la naissance
☐ L'accès à la salle de mobilisation (ballon, tapis, galette physiomat, coussin "cacahuète")
☐ L'utilisation de méthodes non médicamenteuses :
- ☐ Ballon
- ☐ Douche chaude / bain
- ☐ Techniques de respiration
- ☐ Marcher, rester mobile
- ☐ Massages
- ☐ Barre / liane de suspension
- ☐ Acupuncture

☐ Le soulagement de la douleur par des moyens médicamenteux et médicaux
☐ Autre : .....

Naissance de l'enfant

☐ Je souhaite utiliser un miroir pour voir l'évolution de mon bébé

☐ Mise en peau à peau immédiatement après la naissance

☐ Mon accompagnant souhaite couper le cordon

☐ Clampage tardif du cordon

☐ Autre :

.....

A la maternité

☐ Être le moins dérangée possible en chambre et bénéficier d'autonomie

☐ Me sentir guidée, accompagnée et conseillée par les professionnels de santé

☐ Ajout d'un lit accompagnant (cf : tarif) dans la chambre de maternité

☐ Autre :

.....

Allaitement

☐ Allaitement maternel

☐ Allaitement artificiel

☐ Je souhaite réaliser une tétée d'accueil



Organisation du retour à domicile :

☐ Je préfère une durée de séjour classique

☐ Je souhaite bénéficier d'une sortie précoce si les conditions médicales sont réunies

☐ Un suivi à domicile est prévu

Professionnel assurant le suivi au retour à domicile :

☐ Sage-femme ☐ Médecin

Nom : .....

Coordonnées : .....

Information et consentement aux soins

L'équipe de la maternité s'efforcera, dans la mesure du possible, de respecter vos souhaits. Toutefois, le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum reste, par nature, imprévisible.

Les professionnels s'engagent à vous accompagner avec bienveillance, en vous apportant une information claire, loyale et adaptée à votre situation. Vous serez ainsi pleinement associés aux décisions concernant votre prise en charge et celle de votre enfant.

Les indications, les bénéfices, les risques et les alternatives des différents gestes médicaux (déclenchement, utilisation d'instruments, césarienne…) vous seront expliqués autant que possible, et votre consentement sera recherché à chaque étape.

En cas de situation urgente, certains gestes pourront être réalisés rapidement afin d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant.

Date : ____ / ____ / ______

Signature : .....

Traçabilité (à compléter avec le professionnel)

☐ Projet de naissance discuté avec un professionnel de santé

Date : ____ / ____ / ______

Nom et fonction : .....