

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2010 r.

w sprawie standardu opieki okołoporodowej

Na podstawie art. 9 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standard opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

§ 2. Standard opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem jest określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817 i Nr 157, poz. 1241.

**Standard opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży,
fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem**

I. Przepisy ogólne.

1. Standard określa poszczególne elementy opieki medycznej podczas ciąży fizjologicznej, porodu fizjologicznego, (odbywającego się także poza stacjonarnym zakładem opieki zdrowotnej) położu, oraz opieki nad noworodkiem.

2. Użyte w standardzie określenia oznaczają:

- a) I okres porodu – I okres porodu to okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do pełnego rozwarcia, I okres porodu dzieli się na fazę utajoną (od 0 do 4 cm rozwarcia, nie można stwierdzić długości jej trwania) oraz fazę aktywną (powyżej 4 cm),
- b) II okres porodu - II okres porodu to okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem dziecka,
- c) III okres porodu - III okres porodu (okres łożyskowy) rozpoczyna się po urodzeniu noworodka i obejmuje oddzielenie oraz wydalenie popłodu,
- d) IV okres porodu - IV okres porodu obejmuje pierwsze 2 godziny po porodzie,
- e) osoba bliska – małżonka, krewnego, lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela prawnego osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazana przez pacjenta,
- f) osoba sprawująca opiekę - lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub położną sprawującą opiekę nad kobietą podczas ciąży, porodu i położu,
- g) ciąża fizjologiczna- ciąża przebiegająca w sposób prawidłowy,
- h) połóg - połóg jest okresem rozpoczynającym się po porodzie i trwającym 6-8 tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem,

- i) poród fizjologiczny - spontaniczny poród niskiego ryzyka w momencie rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu. Noworodek rodzi się w sposób spontaniczny w porodzie główkowym, pomiędzy ukończonym 37 a 42 tygodniem ciąży. Po porodzie matka i noworodek są w dobrym stanie.

3. Celem opieki medycznej w trakcie ciąży, porodu i porodu jest osiągnięcie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy możliwie jak najniższym poziomie interwencji medycznej takiej jak amniotomia, stymulacja czynności skurczowej, podanie opioidów, nacięcie krocza, cięcie cesarskie, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo oznacza, że opieka opiera się na praktykach, których skuteczność została udowodniona, co zapewnia zminimalizowanie ryzyka i błędów i zapewnia wsparcie dla fizjologicznego przebiegu porodu. Ingerencja w naturalny proces porodu wiąże się z medycznie uzasadnioną przesłanką. Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces ciąży lub porodu, np. leczenie cukrzycy ciążowej, znieczulenie farmakologiczne lub zewnątrzoponowe, poród zabiegowy i in., oznacza, iż ciąża lub poród wymaga zastosowania szczególnych procedur, wykraczających poza niniejszy standard - ciążą i poród przestają spełniać kryteria ciąży i porodu fizjologicznego.

4. Zadania osoby sprawującej opiekę i ich realizacja

1) zadania osoby sprawującej opiekę nad kobietą podczas porodu obejmują w szczególności:

- a) ocenę stanu rodzącej kobiety, ocenę stanu płodu oraz stanu noworodka, wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii,
- b) prowadzenie porodu wraz z koniecznymi zabiegami wg wskazań medycznych, opieka nad noworodkiem po urodzeniu,
- c) zapewnienie opieki specjalistycznej, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie,
- d) wsparcie kobiety, jej partnera i rodziny w trakcie porodu oraz w okresie porodu;

2) osoba sprawująca opiekę ponosi odpowiedzialność zawodową za dokonaną ocenę sytuacji położniczej, prowadzenie i przyjęcie porodu, ocenę stanu matki i jej dziecka oraz wyniki działań podjętych na ich rzecz. W przypadku wystąpienia patologii położniczych, położna niezwłocznie

przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza położnika-ginekologa. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza położnika, który przejmuje odpowiedzialność za prowadzenie porodu patologicznego;

3) osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu musi być przygotowana do wykonania podstawowych czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad kobietą rodzącą oraz opieki nad noworodkiem;

4) czynności interwencyjne, o których mowa w pkt 3, polegają w szczególności na:

- a) podaniu wlewu kroplowego,
- b) zabezpieczeniu rany krocza lub szyjki,
- c) zabezpieczenie dostępu do żyły,
- d) utrzymaniu drożności dróg oddechowych,
- e) działaniach zmierzających do utrzymania czynności życiowych;

5) osoba sprawująca opiekę zapewnia możliwość przeniesienia kobiety lub noworodka do oddziału położniczego lub noworodkowego zapewniającego wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne, jeśli pojawiające się powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych;

6) osoba sprawująca opiekę zapewnia ciągłość tej opieki w czasie porodu oraz w okresie poporodowym, jeżeli nie osobiście, to poprzez sposób organizacji tej opieki.

5. Realizacja praw pacjenta w przypadku sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i położu polega w szczególności na:

- 1) respektowaniu jej prawa do współudziału w sprawowanej nad nią opiece oraz w zakresie podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
- 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie, i w których świadczona jest opieka medyczna, realizowana przez osoby uprawnione. Niezbędne jest zapewnienie dostępu do zakładu opieki zdrowotnej przygotowanego do udzielania wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej, w razie wystąpienia powikłań porodowych;

3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę, spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia.

Decyzje kobiety odnośnie realizacji tych praw należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

II. 1. Zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u kobiet w okresie 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 tyg. ciąży.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Badanie gruczołów sutkowych. 5. Określenie wzrostu i masy ciała 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh. 2. Przeciwciała odpornościowe. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne, badanie czystości pochwy. 6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo. 7. VDRL. 8. Konsultacja lekarza stomatologa celu wykluczenia, ewentualnie wyleczenia ognisk zapalnych w jamie ustnej. 9. Badanie HIV, HCV, badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG,IgM), różyczki.
11-14 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ultrasonograficzne. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.

15-20 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
21-26 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia. 8. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 9. Zaleca się, aby osoba sprawująca opiekę skierowała kobietę do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy we krwi. 2. Badanie ultrasonograficzne. 3. Badanie ogólne moczu. 4. Przeciwciała anti-Rh u kobiet z Rh (-). 5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy. 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
27-32 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.. 2. 2.Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała odpornościowe. 4. Badanie ultrasonograficzne. 5. W przypadku występowania wskazań - podanie globuliny anti-D (28-30 tydz. ciąży). 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
33-37 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Badanie we wzierniku i zestawione. 5. Ocena czynności serca płodu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 7. Ocena aktywności płodu. 8. Badanie gruczołów sutkowych. 9. Pomiar masy ciała. 10. Ocena ryzyka ciążowego. 12. Propagowanie zdrowego stylu życia. 13. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Antygen HBs. 5. Badanie w kierunku HIV. 6. Posiew z pochwy w kierunku paciorkowców B-hemolizujących. 7. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HCV. 8. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
38-39 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Ocena aktywności płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.

po 40 tyg. ciąży badanie co 2-3 dni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Badanie we wzorniku i zestawione – według wskazań medycznych. 4. Ocena ruchów płodu 5. Ocena czynności serca płodu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 7. Pomiar masy ciała. 8. Ocena ryzyka ciążowego. 9. Kształtowanie zdrowego stylu życia. 10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, porożu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 11. Bezwzględne skierowanie do hospitalizacji po 41 tyg. ciąży. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne (jednorazowo).
--	--	---

2. Osoba sprawująca opiekę, może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii.

III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych.

1. Czynniki ryzyka identyfikowane u kobiety podczas ciąży oraz przed porodem:

1) do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu w szczególności zalicza się:

- a) ciężkie choroby matki np. choroby nerek, wątroby, znaczna otyłość,
- b) stan po leczeniu niepłodności lub po wielokrotnych poronieniach lub porodach przedwczesnych,
- c) urodzenie dziecka martwego lub z urazem okołoporodowym,

- d) przebyte porody dzieci o masie urodzeniowej większej niż 4000 g., przebyte porody dzieci hipotroficznymi, ciąża wielopłodowa,
- e) stan po operacjach macicy,
- f) stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego, przedwczesnego oddzielania się łożyska, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy, albo szczególnych krwotokach poporodowych, zaburzeniach krzepnięcia, drgawkach, stanach zatorowo – zakrzepowych,
- g) ciężarna jest pierwiastką poniżej 18 roku życia lub powyżej 35 roku życia,
- h) ciężarna jest wieloródką powyżej 40 roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci,
- i) wystąpienie krwawienia przed porodem,
- j) w wywiadzie objawowa infekcja u matki lub jej podejrzenie,
- k) utrwalone nadciśnienie w wywiadzie,
- l) wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz podczas ciąży,
- m) używanie środków odurzających i alkoholu;

2) do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie badania w szczególności zalicza się:

- a) nadciśnienie wyższe niż 140 na 90, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h, obrzęki lub przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży, odmiedniczkowe zapalenie nerek,
- b) niedokrwistość o poziomie żelaza poniżej 10 gr/dl.,
- c) cukrzycę,
- d) przebyte lub trwające krwawienie z macicy,
- e) konflikt serologiczny,
- f) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży, np. problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniak, ciąża wielopłodowa,
- g) zagrażający poród przedwczesny: przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo – szyjkowa,
- h) ciąża wielopłodowa z patologicznymi położniami płodami,
- i) przekroczenie terminu porodu, względnie niepewność co do terminu porodu,

- j) dodatni posiew w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B.(GBS),
- k) położenie inne niż główkowe powyżej 37 tygodnia ciąży,
- l) małowodzie potwierdzone badaniem ultrasonograficznym,
- m) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego;

3) do czynników ryzyka śródporodowego występujących u matki w szczególności zalicza się:

- a) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godz.),
- b) zaburzenia czynności serca płodu stwierdzone przy pomocy stetoskopu,
- c) zaburzenia czynności serca płodu w zapisie kardiograficznym (KTG),
- d) opryszczka genitalna,
- e) konieczność indukcji porodu,
- f) krwotok śródporodowy,
- g) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym po amniocentezie,
- h) ciepłota ciała u matki powyżej 38°C,
- i) stymulacja porodu oxytocyną,
- j) utrata krwi po porodzie w ilości przekraczającej 500 ml,
- k) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny,
- l) zatrzymanie łożyska w jamie macicy,
- m) wstrząs,
- n) pęknięcie krocza 3-go lub 4-go stopnia,
- o) wycięcie macicy,
- p) pęknięcie macicy,
- q) naczynia błędzące w łożysku;

4) do czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:

- a) nieprawidłowości stwierdzone podczas badania,
- b) zaburzenia czynności serca,
- c) ocena Apgar poniżej 7 punktów w 5 minucie po urodzeniu,
- d) uraz okołoporodowy,
- e) masa dziecka poniżej 2500g,
- f) krwiak podkostnowy u noworodka,
- g) pępowina dwunaczyniowa,

h) zaburzenia oddychania.

2. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, kobieta ciężarna lub rodząca kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym.
3. Identyfikację jakiegokolwiek czynnika ryzyka, podjęte działania oraz zalecenia dotyczące dalszego postępowania z pacjentką odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
4. Oceny występowania czynników ryzyka w przypadku porodu odbywającego się w szpitalu dokonuje lekarz, a w warunkach poza szpitalnych osoba sprawująca opiekę.
5. Fakt zidentyfikowania czynnika ryzyka nie zawsze wyklucza możliwość odbycia porodu fizjologicznego. Zidentyfikowane czynniki ryzyka należy omówić z pacjentką, tak, aby mogła ona podjąć świadomą decyzję odnośnie miejsca porodu.
6. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka oraz podjęte ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

IV. Plan opieki prenatalnej i plan porodu.

1. Podczas opieki prenatalnej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki prenatalnej oraz plan porodu. Plan opieki prenatalnej obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego z określeniem czasu ich wykonania. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.
2. Zarówno plan opieki prenatalnej jak i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej kobiety w trakcie opieki.
3. Plan opieki prenatalnej i plan porodu jest częścią dokumentacji medycznej. Kopię planu opieki prenatalnej osoba sprawująca opiekę przekazuje ciężarnej.
4. Kobiecie należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne lub pozaszpitalne). Każda ciężarna powinna otrzymać wyczerpującą informację (obejmującą wskazania i przeciwwskazania) dotyczącą wybranego miejsca porodu.
5. Kobietę należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdyż w sytuacji wystąpienia jakichkolwiek powikłań, zarówno u matki, jak i u płodu, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych, adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej.

V. Postępowanie w trakcie porodu.

1. Kobieta rodząca powinna być traktowana z szacunkiem oraz mieć zapewniony świadomy udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem. Personel medyczny powinien umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą, będąc świadomymi, jak ważny jest ton rozmowy i ich postawa oraz słowa, które do niej kierują. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania i ta informacja powinna zostać wykorzystana, aby wspierać i kierować rodzącą podczas porodu.

2. Aby nawiązać dobry kontakt z kobietą podczas porodu, personel medyczny w szczególności:

- 1) wita ją osobiście, przedstawia się i wyjaśnia swoją rolę w opiece nad nią;
- 2) prezentuje spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
- 3) szanuje jej prywatność i poczucie intymności;
- 4) wspólnie czyta i dyskutuje plan porodu;
- 5) omawia z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem;
- 6) każdorazowo uzyskuje zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
- 7) udziela informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
- 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą, informuje ją o tym fakcie.

3. Sposób udzielania wsparcia medycznego podczas porodu:

- 1) podczas porodu rodzącej zapewnia się ciągłość opieki;
- 2) opieka nad rodzącą powinna być dostosowana do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej oraz uwzględniać możliwości organizacyjne zakładu opieki zdrowotnej;
- 3) rodzącą należy zachęcać do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
- 4) należy zachęcać rodzącą do aktywności i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
- 5) rodzącej należy zapewnić możliwość spożywania płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.

4. Zasady higieny podczas porodu:

- 1) podczas porodu bezwzględnie należy przestrzegać zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki;
- 2) wybór środków ochrony osobistej powinien być oparty na ocenie ryzyka zakażenia.

VI. Strategie uśmierzania bólu podczas porodu.

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu powinna przedstawić rodzącej pełną informację o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych oraz wspierać kobietę rodzącą w jej własnym wyborze tych metod. Ponadto:

- 1) należy proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji (w tym pozycji wertykalnych), które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu;
- 2) należy wspierać kobiety w wyborze technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu;
- 3) należy wspierać kobiety, które podczas porodu wybierają technikę masażu;
- 4) zaleca się wykorzystywanie imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu;
- 5) należy zachęcić rodzące, aby podczas porodu nieustannie towarzyszyła im osoba bliska.

VII. Rozpoczęcie porodu.

1. Przyjęcie kobiety ciężarnej do porodu.

Przyjęcie kobiety do porodu następuje na podstawie skierowania lub w konsekwencji osobistego zgłoszenia się do wybranego przez nią świadczeniodawcy realizującego usługi w zakresie położnictwa.

Miejsce porodu, za wyjątkiem wystąpienia zdarzeń nagłych, powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem opieki prenatalnej oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.

2. Rozpoznanie porodu:

- 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu, czyli skracanie i rozwieranie szyjki macicy. Niekiedy, na 2-3 tygodnie przed porodem mogą pojawić się skurcze przepowiadające wymagające zawsze różnicowania z właściwymi skurczami porodowymi. W razie wątpliwości, czy występujące skurcze są skurczami porodowymi, niezbędna jest obserwacja trwająca 1-2 godziny;
- 2) przebieg postępu porodu powinien być określany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań per vaginam.

VIII. Postępowanie w I okresie porodu.

1. Brak postępu porodu stwierdzamy, gdy rozwieranie następuje wolniej niż $\frac{1}{2}$ cm na godzinę, oceniane w odstępach 4 godzinnych.

2. Do zadań osób odpowiedzialnych za prowadzenie porodu fizjologicznego podczas I okresu porodu należy:

- 1) ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
- 2) przyjęcie rodzącej do porodu:
 - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych. Zalecane jest pobranie u każdej ciężarnej około 35-37 tygodnia ciąży wymazu bakteriologicznego z kanału szyjki macicy w celu wyodrębnienia grupy pacjentek wymagających prewencji antybiotykowej w razie kolonizacji lub zakażenia potencjalnie groźnymi dla płodu i matki bakteriami; przy braku wyniku badania zalecane jest pobranie wymazu przy przyjęciu do porodu,
 - f) ocena położenia płodu (wykonanie chwytów Leopolda),
 - g) przeprowadzenie badania per vaginam z oceną zaawansowania porodu,
 - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,
 - i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
 - j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
 - k) dokonanie oceny czynników ryzyka,
 - l) założenie dokumentacji medycznej, określonej w odrębnych przepisach,
 - m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego - jedynie na życzenie rodzącej,
 - n) zakładanie kaniuli dożylniej tylko w sytuacji tego wymagającej,
 - o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
 - p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych

działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).

3. Prowadzenie I okresu porodu.

Osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:

- 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego:
 - a) dokonywania oceny postępu porodu na podstawie badania wewnętrznego – per vaginam (w czasie każdego badania powinna zostać oceniona długość szyjki macicy i drożność jej kanału lub stopień rozwarcia, zaawansowanie części przodującej w kanale rodnym, położenie szwu strzałkowego i punktu prowadzącego, wydzielina z dróg rodnych - ewentualne krwawienie, odpływanie i zabarwienie płynu owodniowego), nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej; liczba badań per vaginam powinna być ograniczona do niezbędnego minimum z uwagi na ryzyko zakażenia wstępującego, zwłaszcza przy odpływaniu płynu owodniowego,
 - b) dokonywania oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
- 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą oraz z osobą bliską, zapewniając poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej;
- 3) dokonywania oceny stanu rodzącej poprzez:
 - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeby i rodzaju wsparcia;
 - b) prowadzenie obserwacji stanu fizycznego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienia powłok skórnych) co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej, stanu śluzówek oraz kontrola fikcji,
 - c) ocenę wydzieliny pochwowej,
 - d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
- 4) dokonywania oceny stanu płodu poprzez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co 15-30 min. co najmniej przez minutę i różnicowanie z innymi zjawiskami akustycznymi. Monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiokografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach;

- 5) prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;
- 6) aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie poprzez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - d) współpracę z osobą bliską;
- 7) dokumentowanie postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenie partogramu;
- 8) przygotowanie zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.

IX. Postępowanie w II okresie porodu.

1. W II okresie porodu wyróżnia się:

- 1) bierny okres porodu - pełne rozwarcie szyjki macicy, nie stwierdza się mimowolnych skurczów partych;
- 2) aktywną fazę II okresu porodu:
 - a) główka dziecka jest widoczna,
 - b) występują mimowolne skurcze partu.

2. Postęp II okresu porodu, w przypadku:

1) pierworódki:

rozpoznanie braku postępu porodu w II okresie można postawić, kiedy przez 2 godziny nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan matki wskazuje na wyczerpanie lub silne, nie dające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu; w takiej sytuacji dalszą opiekę nad rodzącą powinien objąć lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii;

2) wieloródki:

rozpoznanie braku postępu porodu w II okresie można postawić, kiedy okres ten trwa dłużej niż 1 godzinę i nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan matki wskazuje na

wyczerpanie, lub silne, nie dające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu. W takiej sytuacji dalszą opiekę nad rodzącą powinien objąć lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

3. Pozycja kobiety i parcie w II okresie porodu:

- 1) należy zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą, przy czym preferuje się stosowanie pozycji wertykalnych ;
- 2) należy poinformować kobietę, że w II okresie porodu powinny kierować się własną potrzebą parcia.

4. Prowadzenie II okresu porodu

Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania wewnętrznego. W tym okresie w szczególności porodu zobowiązana jest do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań:

- 1) oceny stanu ogólnego rodzącej;
- 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę);
- 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
- 4) pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
- 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
- 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
- 7) ochrony lub nacięcia krocza, w zależności od warunków i potrzeby. Nacięcie krocza należy stosować tylko w uzasadnionych przypadkach.–Aby ułatwić poród siłami natury, można zastosować ręczną ochronę krocza (podtrzymywanie krocza jedną ręką i kierowanie główką dziecka drugą ręką) lub jej zaniechać (ręce nie dotykają krocza i główki dziecka, ale pozostają w stanie gotowości). Zastosowanie ochrony krocza zależy od wyboru i doświadczenia osoby prowadzącej poród;
- 8) kontroli odginania się główki poprzez jej podtrzymywanie dłonią w okolicy ciemienia małego; po urodzeniu główki podjęcia czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się

barków;

- 9) po urodzeniu się noworodka, jeżeli rodząca wyrazi na to zgodę, ułożenia go na powłokach brzusznych matki, z zabezpieczeniem przed utratą ciepła.

X. Postępowanie w III okresie porodu.

1. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć 1 godziny. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w III okresie porodu nie przekracza 400 mililitrów krwi.

Aktywne prowadzenie III okresu porodu ma na celu zminimalizowanie ryzyka wystąpienia krwotoku okołoporodowego;

2. Prowadzenie III okresu porodu

Poród w III okresie może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący. Osoba sprawująca opiekę podczas czego? zobowiązana jest do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:

- 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
- 2) położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki pozwalają na to oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła;
- 3) oznakowania noworodka, przed jego odpepnięciem, poprzez założenie mu opasek identyfikacyjnych oraz poinformowania matki o płci dziecka;
- 4) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia;
- 5) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
- 6) oceny stanu noworodka - w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem resuscytacji, określonym w części XIII niniejszego załącznika;
- 7) przystawienia noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki pozwalają na to;
- 8) podania leków naskurczowych⁷⁾;
- 9) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza jego rozległość;
- 10) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopień jego nasilenia;

⁷⁾ Po odpepnięciu noworodka zalecane jest profilaktyczne podanie matce leków naskurczowych. Lekiem z wyboru jest oksytocyna podawana w dawce od 3 do 5 IU dożylnie w bolusie lub domięśniowo.

- 11) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
- 12) rozpoznania objawów oddzielenia, rodzenia i wydalenia łożyska⁸⁾;
- 13) oceny kompletności popłodu;
- 14) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

XI. Prowadzenie IV okresu porodu.

Prowadzenie IV okresu porodu wiąże się z podjęciem zadań adekwatnych dla potrzeb matki oraz noworodka.

Opieka nad matką podczas IV okresu porodu obejmuje:

1. Kontrolę i ocenę stanu ogólnego bezpośrednio po porodzie oraz w pierwszej i drugiej godzinie po porodzie.
2. Kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkość krwawienia z dróg rodnych.
3. Kontrolę stanu kanału rodnego ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach.
4. Zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza.

Osoba sprawująca opiekę jest zobowiązana wypełnić dokumentację przebiegu porodu.

XII. Opieka nad noworodkiem.

1. Bezpośrednio po urodzeniu, za zgodą matki, należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał przynajmniej godzinę i zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi oraz zaoferować pomoc, jeśli jest potrzebna.
2. Należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar (tabela poniżej). Wyniki oceny należy odnotować w dokumentacji medycznej. U noworodków urodzonych w stanie dobrym (8 - 10 pkt) ocenę tą należy wykonać dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia. U noworodków urodzonych w stanie średnim (4 – 7 pkt Apgar) i ciężkim (0 – 3 pkt Apgar) ocena powinna być dokonana także w trzeciej i dziesiątej minucie życia.

Skala Apgar

⁸⁾ Aktywne wydalenie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy (poza przypadkami krwotoku) oraz pociąganie za pępowinę.

Cecha	0 punktów	1 punkt	2 punkty
Zabarwienie skóry	sinica całego ciała	tułów różowy, sinica części dystalnych kończyn	całe ciało różowe
Czynność serca/na min.	niewyczuwalny	<100/min.	>100/min.
Reakcja na bodźce (np. wprowadzenie cewnika do nosa)	brak	grymas twarzy	kaszel lub kichanie
Napięcie mięśni	brak napięcia, wiotkość ogólna	napięcie obniżone, zgięte kończyny	napięcie prawidłowe, samodzielne ruchy
Oddychanie	brak oddechu	oddech wolny i nieregularny	głośny płacz

3. W miejscu gdzie rodzi się dziecko musi znajdować się przynajmniej jedna osoba posiadająca umiejętność resuscytacji i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji.

4. Po pierwszym kontakcie z matką, noworodek jest oceniany (optymalnie w obecności matki), ze szczególnym zwróceniem uwagi na zapewnienie właściwej, ze względu na zdrowie noworodka, temperatury otoczenia. W trakcie oceny należy zwrócić uwagę na:

- 1) stan ogólny oraz adaptację pourodzeniową noworodka ze szczególnym uwzględnieniem oddychania i krążenia;
- 2) ewentualną obecność wad rozwojowych;
- 3) mechaniczne uszkodzenia porodowe.

Dokonyje się pomiarów antropometrycznych:

- 1) masa ciała;
- 2) długość ciemieniowo-siedzeniowa (bez prostowania kończyn dolnych w stawach biodrowych);
- 3) obwód głowy;
- 4) obwód klatki piersiowej.

Wyniki oceny należy odnotować w dokumentacji medycznej.

5. W okresie noworodkowym należy wykonać:

1) poszerzone badanie kliniczne - w ciągu pierwszych 12 godzin życia noworodka z uwzględnieniem:

- a) ciepłoty ciała,
- b) zabarwienia powłok skórnych,
- c) wydolności oddechowej (tor oddychania, częstość oddechów, zaburzenia oddychania),
- d) stanu świadomości,
- e) napięcia mięśni i aktywności ruchowej;

2) poszerzone badanie kliniczne przeprowadza lekarz neonatolog lub lekarz pediatra, zgodnie z Planem badania klinicznego noworodka przedstawionym w tabeli poniżej;

Plan badania klinicznego noworodka

Wygląd dziecka

1. Ocena ułożenia ciała
2. Ocena obecności meszku lub cech przenoszenia
3. Ocena zabarwienia powłok skórnych (różowe, czerwone, blade, sine, żółte)
4. Badanie w kierunku występowania ewentualnych nieprawidłowości uwarunkowanych chromosomalnie (zespół Downa, zespół Turnera itp.)
5. Ocena adekwatności masy ciała do czasu trwania ciąży (prawidłowa, za duża lub za mała)

Skóra

1. Obecność znamion, odbarwień smółką, wybroczyn, miejscowej sinicy

Głowa

1. Ocena wielkości i napięcia ciemiączek (przedniego i tylnego)
2. Ocena obwodu głowy
3. Ocena w kierunku ewentualnej obecności krwiaka podkostnowego

Twarz

1. Ocena osadzenia gałek ocznych
2. Badanie w kierunku stwierdzenia obecności ewentualnych wylewów dospojówkowych

3. Ocena powiek

4. Obecność zaćmy (czerwony refleks)

5. Ocena budowy żuchwy i warg

Jama ustna

1. Symetria języka

2. Ocena podniebienia

3. Ocena ilości śliny

Kończyny górne i dolne

1. Ocena proporcji ramion

2. Liczba palców

3. Ocena ruchomości biernej i czynnej

4. Obecność ewentualnych objawów niedowładu (Erba, Klumpkego)

5. Obecność ewentualnych obrzęków

Klatka piersiowa

1. Ocena symetrii

2. Obecność ewentualnych zniekształceń

3. Ocena częstości oddychania i częstość oddychania

4. Ocena prawidłowości szmerów oddechowych

5. Ocena gruczołów sutkowych

Układ krążenia

1. Ocena tonów i szmerów serca

2. Ocena uderzenia koniuszkowego

3. Ocena tętna na obwodzie (tętnica ramienna i udowa)

Brzuch

1. Ocena wątroby i śledziony

2. Ocena wielkości nerek

3. Ocena drożności odbytu

4. Ocena w kierunku obecności ewentualnej przepukliny

Narządy płciowe

1. Ocena prawidłowości budowy narządów płciowych

Grzbiet

1. Ocena budowy kręgosłupa

Ośrodkowy układ nerwowy

1. Ocena spontanicznych ruchów kończyn
2. Ocena ułożenia kończyn
3. Ocena zachowania (pobudzenie, nadmierny spokój, senność) i charakteru krzyku
4. Ocena symetrii odruchów Moro i chwytnych

Badanie stawów biodrowych

1. Badanie obecności ewentualnego objawu przeskakiwania (dyslokacja głowy kości udowej poza panewkę w czasie odwodzenia ud)

3) noworodki z zaburzeniami należy niezwłocznie przekazać do oddziału patologii noworodka;

4) obowiązkowe czynności profilaktyczne:

- a) profilaktyka krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K - jednorazowe podanie witaminy K, zgodnie z aktualnymi zaleceniami,
- b) profilaktyka zakażenia przedniego odcinka oka, zgodnie z aktualnymi zaleceniami,
- c) szczepienia ochronne, zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych,
- d) podanie dodatkowo immunoglobulin anty HB_s dzieciom matek HB_s dodatnim (uodpornienie czynno-bierne);

5) obowiązujące badania przesiewowe (w szczególności w kierunku fenyloketonurii wrodzonej, mukowiscydozy, wrodzonej niedoczynności tarczycy oraz badanie przesiewowe słuchu);

6) sporządzić i wydać dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje dotyczące:

- a) istotnych danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu,
- b) wykonanych pomiarów antropometrycznych,
- c) wykonanych szczepień ochronnych,
- d) wykonanych badań przesiewowych,
- e) wykonanych czynności profilaktycznych,
- f) pobytu dziecka w szpitalu,

- g) wydanych zaleceń żywieniowych, pielęgnacyjnych oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych;
- 7) sporządzić i wydać dokumentację noworodka określoną odrębnymi przepisami.

XIII. Podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków.

Konieczność podjęcia resuscytacji w chwili narodzin dziecka można przewidzieć łatwiej niż w całym jego dalszym życiu. Za ryzyko dla dziecka uznaje się rozpoznany wcześniej stan zagrożenia płodu lub gdy rodzi się ono zdecydowanie przedwcześnie.

Do właściwego rozprężenia płuc noworodka konieczne jest zastosowanie dość długiego czasu inflacji ciśnieniem dodatnim. Uzyskać to można przy zastosowaniu ciśnienia 40 cm H₂O przez pół sekundy. Jednak u większości noworodków osiąga się dostateczne rozprężenie płuc stosując około 6 oddechów pod ciśnieniem 30 cm H₂O, trwających od 2 do 3 sekund każdy.

Sekwencja działań w związku z resuscytacją:

1. Tuż po urodzeniu dziecko ująć w czysty i ogrzany kompres.

2. Zaciśnąć pępowinę:

Zaciśnięcia pępowiny można zwykle dokonać około minuty po urodzeniu, utrzymując w tym czasie dziecko mniej więcej na poziomie macicy matki. Zarówno zbyt wczesne zaciśnięcie pępowiny, jak i utrzymywanie dziecka powyżej poziomu łożyska może być przyczyną hipowolemii.

3. Dziecko osuszyć i owinąć je czystym i ogrzanym kompresem.

4. Ocenić stan dziecka na podstawie:

- 1) zabarwienia powłok — na tułowie, wargach i na języku;
- 2) napięcia mięśniowego — sprawdza się, czy dziecko ma dobrą funkcję zginaczy, z prawidłowym napięciem mięśni, czy też wykazuje obniżone ich napięcie;
- 3) oddychania — ocenia się częstość i głębokość oddychania. Może ono być początkowo nieregularne, ale wkrótce powinno uzyskać regularny rytm;
- 4) częstości akcji serca — sprawdza się stetoskopem czynność serca lub ocenia tętno u podstawy pępowiny; nawet u zdrowego noworodka pępowina może nie tętnić. Jeśli zatem nie wyczuwa się tętna palpacyjnie, trzeba sprawdzić czynność serca stetoskopem, zanim powźmie się podejrzenie, że nie jest ona skuteczna. Wymienione cztery cechy należy wielokrotnie kontrolować w trakcie zabiegów

resuscytacyjnych; dziecko, które oddycha regularnie, ma czynność serca 100 lub więcej uderzeń na minutę, wykazuje różowe zabarwienie tułowia i ma dobre napięcie mięśniowe — nie wymaga dalszej interwencji i powinno być przekazane matce.

Dziecko, którego oddychanie jest niewydolne, ma wolną czynność serca, ma sine lub blade zabarwienie powłok lub jest wiotkie — wymaga odpowiednich działań i resuscytacji, której pierwszym etapem jest udrożnienie dróg oddechowych.

5. Udrożnić drogi oddechowe:

- 1) ułożyć główkę dziecka w pozycji neutralnej; noworodek ma wystającą potylicę, wskutek czego po ułożeniu go na wznak następuje przygięcie głowy; dla skorygowania tego ustawienia główkę dziecka trzeba ułożyć w pozycji neutralnej tak, by nie była ona ani odgięta, ani przygięta; ustawienie takie można ustabilizować, umieszczając pod barkami dziecka niewielką poduszeczkę;
- 2) unieść żuchwę lub wykonać rękoczyn wysunięcia żuchwy; trzeba wykazać ostrożność, by nie uszkodzić tkanek miękkich dna jamy ustnej.

Właściwe ustawienie główki i wysunięcie żuchwy najłatwiej wykonać oburącz. Ustalając tę pozycję, należy ułożyć dwie dłonie po obu stronach główki dziecka w taki sposób, by jednocześnie móc wysunąć jego żuchwę.

6. Oczyścić drogi oddechowe:

- 1) usunąć krew, maź płodową, smólkę, śluz czy wymiociny, jeśli są obecne; usunięcie tych resztek wymaga delikatnego badania bezpośredniego i odessania przy użyciu laryngoskopu i miękkiego cewnika, nie zaś odsysania „na ślepo”; trzeba do minimum ograniczyć stymulację tylnej ściany gardła i krtani, gdyż może to powodować bradykardię na drodze odruchu wagalnego; nie wykonywać odsysania, jeśli nie jest to niezbędne;
- 2) w przypadku zachłyśnięcia smólką:
 - a) żywotny noworodek z podejrzeniem zachłyśnięcia smólką nie wymaga odsysania z tchawicy,
 - b) u dziecka nieoddychającego lub z depresją oddychania i ciężkim zachłyśnięciem smólką należy wykonać bezpośrednią laryngoskopię,

zaintubować tchawicę i wykonać odsysanie, używając rurki intubacyjnej jako cewnika odsysającego.

7A. Jeśli noworodek podejmie regularne oddychanie, wykazuje prawidłowe ruchy klatki piersiowej i jest różowy:

Zapewnić dziecku ciepło i regularnie oceniać jego stan.

7B. Jeśli noworodek nie oddycha, oddycha nieregularnie lub płytko bądź ma sine zabarwienie powłok:

Wykonać 5 oddechów (wdech 100% tlenem, jeśli dysponuje się jego źródłem, pod ciśnieniem 30–35 cm H₂O, każdy trwający 2–3 sekund), korzystając z:

- 1) urządzenia ograniczającego ciśnienie z zastawką bezpieczeństwa i możliwością wytworzenia wyższego ciśnienia, jeśli okaże się to potrzebne;
- 2) zestawu worków samorozprężalny z maską (może być potrzebne użycie worka o pojemności przynajmniej 450– 500 ml);
- 3) oddychania metodą usta–usta i nos (gdy nie dysponuje się żadnym sprzętem). osoba sprawująca opiekę uwzględnić ryzyko zakażenia przez krew lub materiał pochodzący z kanału rodowego.

W okolicach o dużej częstości występowania zakażeń HIV ryzyko takie może być znaczne. Przed zastosowaniem tej metody ratownik winien więc wytrzeć twarz dziecka i unikać połykania lub inhalowania materiału biologicznego, z którym ma bezpośredni kontakt. Sprawdzać, czy podczas wentylacji unosi się klatka piersiowa dziecka.

8A. Jeśli klatka piersiowa dziecka unosi się podczas wykonywanych wdechów:

Kontynuować wentylację z częstością 40–60 oddechów na minutę i ponawiać sprawdzanie częstości pracy serca, osłuchując okolice przedsercową lub wyczuwając tętno u nasady pępownicy.

8B. Jeśli klatka piersiowa dziecka nie unosi się podczas wykonywanych wdechów:

Poprawić drożność dróg oddechowych, wykonać rękoczyn wysunięcia żuchwy, jeśli dotąd tego nie zrobiono. Można spróbować wprowadzić rurkę ustno–gardłową, jeśli jeszcze z niej nie skorzystano i ponowić próbę rozprężenia płuc. Do utrzymywania drożności dróg oddechowych i prowadzenia wentylacji można wykorzystać dwie osoby.

9A. Jeśli częstość pracy serca noworodka wynosi ponad 60 uderzeń na minutę i przyspiesza:

Kontynuować wentylację z częstością 40–60 oddechów na minutę i nadal kontrolować zabarwienie powłok, napięcie mięśniowe, oddychanie i czynność serca.

9B. Jeśli częstość pracy serca noworodka wynosi mniej niż 60 uderzeń na minutę:

- 1) podjąć pośredni masaż serca w sposób następujący:
 - a) zlokalizować mostek i w dolnej jego części umieścić płasko ułożone obok siebie obydwie kciuki; powinny się one znajdować tuż poniżej linii międzysutkowej noworodka; pozostałymi złożonymi palcami objąć dolną część klatki piersiowej dziecka tak, by końce palców podpierały jego plecy,
 - b) obydwoma kciukami uciskać dolną część mostka na głębokość mniej więcej 1/3 głębokości klatki piersiowej,
 - c) zwolnić ucisk i powtarzać uciśnięcia około 120 razy na minutę (z uwagi na przerwy na wentylację rzeczywista liczba uciśnięć będzie wynosiła mniej niż 90);
- 2) gdy osoba sprawująca opiekę jest sama, stosować dwupalcową metodę pośredniego masażu serca:
 - a) zlokalizować mostek i w dolnej jego części umieścić opuszki dwóch palców tuż poniżej linii międzysutkowej noworodka,
 - b) opuszkami palców uciskać mostek na głębokość mniej więcej jednej trzeciej głębokości klatki piersiowej,
 - c) zwolnić ucisk i powtarzać uciśnięcia około 120 razy na minutę (z uwagi na przerwy na wentylację rzeczywista liczba uciśnięć będzie wynosiła mniej niż 90).

10. Skoordynować pośredni masaż serca i wentylację:

Powinno się obie te czynności wykonywać z zachowaniem stosunku 3 : 1, czyli około 90 uciśnięć klatki piersiowej i 30 oddechów na minutę. Rzeczywista liczba będzie mniejsza z uwagi na czas, jaki zajmuje wdmuchiwanie powietrza do płuc. Jakość wentylacji i masażu jest ważniejsza niż dokładne uzyskiwanie podanej częstości.

11A. W przypadku, gdy po 30 sekundach pośredniego masażu serca i wentylacji płuc czynność serca ulega przyspieszeniu:

Gdy samoistna czynność serca wzrośnie do ponad 60 uderzeń na minutę i dalej przyspiesza, można przerwać masaż. Wentylację prowadzi się aż do momentu podjęcia przez dziecko wydolnego oddychania i zaróżowienia powłok.

11B. W przypadku, gdy po 30 sekundach pośredniego masażu serca i wentylacji płuc czynność serca nie ulega przyspieszeniu:

- 1) podać 0,1–0,3 ml/kg adrenaliny w roztworze 1 : 10 000:
 - a) przez kaniulę lub cewnik wprowadzony do żyły pępowinowej,
 - b) do tchawicy za pośrednictwem rurki dotchawiczej,
 - c) do jamy szpikowej.

Zwykle dostępu doszpikowego nie stosuje się w trakcie resuscytacji noworodka, gdyż łatwiejsze jest wykorzystanie żyły pępowinowej, a ponadto drobne kości noworodka są kruche. Z dostępu tego można jednak skorzystać, gdy są trudności z wykorzystaniem pępowiny lub innych bezpośrednich dróg dostępu do krążenia.

- 2) kontynuować pośredni masaż serca i wentylację, planując kolejne działania:
 - a) zapewnić drożność dróg oddechowych; próbować wykonać intubację dotchawiczą, pamiętając o potwierdzeniu prawidłowego położenia rurki,
 - b) zapewnić dostęp do układu krążenia drogą:
 - żyły pępowinowej,
 - jamy szpikowej;
- 3) podawać adrenalinę co 3 minuty przez dostęp do krążenia lub za pośrednictwem rurki inkubacyjnej;
- 4) rozważyć podanie wodorowęglanów dla skorygowania ciężkiej kwasicy: dożylnie 1–2 mmol/kg 4,2% roztworu wodorowęglanu sodu.

Nie należy podawać leków przed zapewnieniem dobrej wentylacji płuc i pośredniego masażu serca.

- 5) podjąć działania dla skorygowania potencjalnie odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia:
 - a) hipowolemia (podać 10 ml/kg płynu krystaloidowego lub krwi),
 - b) hipotermia,
 - c) hipoglikemia,
 - d) odma pęźna.

XIV. Połóg

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania/pobytu.

2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:

- 1) stanu ogólnego położnicy;
- 2) stanu położniczego: zwijanie się mięśnia macicy – badanie wysokości dna macicy, ilość i jakość odchodów połogowych, gojenie się rany krocza, stan gruczołów piersiowych i brodawek;
- 3) laktacji i poradnictwo laktacyjne;
- 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
- 5) higieny ciała;
- 6) stanu psychicznego położnicy;
- 7) relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny.

3. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:

- 1) stanu ogólnego noworodka (ciepłota ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechową, oddawanie moczu i stolca);
- 2) obecności odruchów noworodkowych;
- 3) stanu skóry (w szczególności: zażółcenie powłok skórnych, zaczerwienienie – rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypka, ciemieniucha, zasinienie, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
- 4) odżywiania – określenie rodzaju pokarmu (karmienie naturalne, sztuczne, mieszane), techniki i sposobu karmienia, dopajania oraz objawów zaburzeń jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa);
- 5) oczu (obrząk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniawki);
- 6) zachowania się dziecka (sen, aktywność ruchowa, płacz);
- 7) sposobu zapewniania higieny ciała – kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubranie;
- 8) stanu kikutu pępownicy (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące,

- ziarninujące, stan zapalny okołopepkowy, przepuklina);
- 9) higieny pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
 - 10) wykonania aktualnie obowiązujących badań przesiewowych;
 - 11) wykonania szczepień zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych.

Wyniki powyższej oceny położnicy i noworodka należy odnotować w dokumentacji medycznej.

4. Sprawowanie opieki zdrowotnej w trakcie porodu

- 1) opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym;
- 2) zakład opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez rodziców lub opiekunów prawnych noworodka; zgłoszenie zawiera dane dziecka oraz dokładny adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie porodu;
- 3) położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty. Pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 24 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka;
- 4) planując i realizując indywidualny plan opieki kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka, poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.

5. Podczas wizyt położna w szczególności:

- 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
- 2) obserwuje i ocenia rozwój psychiczny i fizyczny dziecka, przyrost masy ciała;
- 3) udziela rad i wskazówek na temat opieki i pielęgnacji noworodka;
- 4) ocenia w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;
- 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony rodziny/partnera;
- 6) ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub występujących nieprawidłowości;
- 7) wspiera w sytuacjach trudnych;
- 8) ustala sposób żywienia noworodka ze szczególnym zwróceniem uwagi na celowość

- karmienia piersią, pomaga położnicy rozwiązywać problemy dotyczące karmienia piersią;
- 9) pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
 - 10) edukuje w zakresie profilaktyki przeciwkrzywiczej i przeciwkrwotocznej;
 - 11) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
 - 12) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza ginekologa w 6 tygodniu połogu;
 - 13) udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia;
 - 14) udziela porad na temat minimalizowania stresu i radzenia sobie ze stresem;
 - 15) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu na zdrowie, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w połogu, diety matki karmiącej, karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją, pielęgnacji rany krocza, pielęgnacji skóry dziecka;
 - 16) realizuje samodzielnie świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i ewentualnie rehabilitacyjne wynikające z planu opieki nad położnicą i noworodkiem;
 - 17) zdejmuje szwy z krocza;
 - 18) realizuje działania pielęgnacyjno- opiekuńcze wynikające z planu opieki;
 - 19) wykonuje czynności diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne zlecone przez lekarza;
 - 20) współpracuje z położnicą, jej rodziną i zespołem terapeutycznym w realizacji opieki;
 - 21) motywuje do prowadzenia gimnastyki, udziela instruktażu odnośnie kinezyterapii w połogu, jako metody zapobiegania nietrzymaniu moczu;
 - 22) udziela instruktażu w zakresie możliwych technik kąpieli noworodka oraz pielęgnowania skóry, kikuta pępownicy i dna pępka;
 - 23) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu połogu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
 - 24) udziela, rodzinie/partnerowi, informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w połogu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy; wskazuje instytucje, w których może uzyskać stosowną pomoc.

6. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji, położna przekazuje położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej,

równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

7. Po osiągnięciu przez dziecko 2 miesięcy życia, położna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych.

Zakres bezpłatnych świadczeń medycznych związanych z opieką okołoporodową budzi w ostatnim czasie wiele kontrowersji. Do Ministerstwa Zdrowia zgłaszane są przez różne podmioty liczne postulaty dotyczące konieczności wdrożenia jednoznacznych prawnych uregulowań w tym względzie.

Opracowany dokument jest polskim standardem opieki okołoporodowej, sprawowanej w czasie ciąży, podczas porodu fizjologicznego oraz położu oraz opieki nad noworodkiem. Został on opracowany z uwzględnieniem wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), medycyny opartej na dowodach naukowych oraz doświadczeń polskich w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, został też dostosowany do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Polsce i prawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta. Jego celem jest poprawa jakości opieki okołoporodowej w Polsce, która powinna być realizowana poprzez:

- 1) ograniczenie nadmiernej medykalizacji porodu fizjologicznego,
- 2) przestrzeganie praw pacjenta,
- 3) stosowanie zasad trójstopniowej opieki perinatalnej,
- 4) zwiększanie satysfakcji pacjentek z opieki,
- 5) optymalizację kosztów opieki i adekwatną do potrzeb dystrybucję środków finansowych.

Standard określa poszczególne elementy opieki medycznej podczas porodu fizjologicznego i położu, gdziekolwiek ma on miejsce. Poród fizjologiczny definiowany jest jako spontaniczny poród niskiego ryzyka w momencie rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu. Noworodek rodzi się w sposób spontaniczny w porodzie główkowym, pomiędzy ukończonym 37 a 42 tygodniem ciąży. Po porodzie matka i noworodek są w dobrym stanie.

Celem opieki medycznej w okresie okołoporodowym jest osiągnięcie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy możliwie jak najniższym poziomie interwencji medycznej¹, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo oznacza, że opieka opiera się na praktykach, których skuteczność została udowodniona, co zapewnia zminimalizowanie ryzyka i błędów i zapewnia wsparcie dla fizjologicznego przebiegu porodu. Ingerencja w naturalny proces porodu musi wiązać się z medycznie uzasadnioną przesłanką. Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces porodu, np. znieczulenie farmakologiczne lub zewnątrzoponowe, poród zabiegowy i in., oznacza, iż poród wymaga zastosowania szczególnych procedur, wykraczających poza niniejszy standard.

W Polsce, zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem, opiekę nad kobietami ciężarnymi o prawidłowym przebiegu ciąży oraz podczas porodu i porodu fizjologicznego mogą sprawować lekarze ginekolodzy - położnicy³ i położne⁴.

Opieka ta może być sprawowana w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych.

Osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas ciąży i porodu ponosi osobistą odpowiedzialność za dokonaną ocenę sytuacji położniczej, prowadzenie i przyjęcie porodu, ocenę stanu matki i jej dziecka oraz wyniki działań podjętych na ich rzecz. Odpowiada także za wykonanie przyjętych do realizacji zleceń od innych uprawnionych osób oraz za działania zlecane innym osobom.

Przedmiotowa regulacja będzie skutkowałą zapewnieniem jednolitej organizacji i zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej nad kobietami w czasie ciąży, podczas porodu fizjologicznego oraz porodu oraz opieki nad noworodkiem, finansowanej zarówno ze środków publicznych, będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i innych źródeł a udzielanych w zakładach opieki zdrowotnej.

¹ *Interwencja taka jak: amniotomia, stymulacja czynności skurczowej, podanie opioidów, nacięcie krocza, cięcie cesarskie.*

³ *Wykonujący świadczenia na podstawie uprawnień wynikających z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.).*

⁴ *Wykonujące świadczenia na podstawie uprawnień wynikających z ustawy dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.).*

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja

Projektowane zmiany będą oddziaływać na kobiety w okresie ciąży, porodu i połogu, lekarzy położników - ginekologów oraz położne sprawujące opiekę nad tymi kobietami, jak również noworodkami. Będą miały pozytywny wpływ na jakość i dostępność tej opieki.

2. Konsultacje społeczne

Równoległe z uzgodnieniami międzyresortowymi, projekt rozporządzenia zostanie przesłany do zaopiniowania następującym podmiotom:

- 1) Naczelna Rada Lekarska
- 2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
- 3) Naczelna Rada Aptekarska
- 4) Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
- 5) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych
- 6) Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”
- 7) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
- 8) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
- 9) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii
- 12) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”
- 13) Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii
- 14) Związek Zawodowy Anestezjologów
- 15) Związek Zawodowy Chirurgów Polskich
- 16) Związek Zawodowy Neonatologów
- 17) Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych
- 18) Porozumienie Zielonogórskie

- 19) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”
- 20) Forum Związków Zawodowych
- 21) Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
- 22) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego
- 23) Kolegium Lekarzy Rodzinnych
- 24) Wojewoda Dolnośląski
- 25) Wojewoda Kujawsko-Pomorski
- 26) Wojewoda Lubelski
- 27) Wojewoda Lubuski
- 28) Wojewoda Łódzki
- 29) Wojewoda Małopolski
- 30) Wojewoda Mazowiecki
- 31) Wojewoda Opolski
- 32) Wojewoda Podlaski
- 33) Wojewoda Podkarpacki
- 34) Wojewoda Pomorski
- 35) Wojewoda Śląski
- 36) Wojewoda Świętokrzyski
- 37) Wojewoda Warmińsko-Mazurski
- 38) Wojewoda Wielkopolski
- 39) Wojewoda Zachodniopomorski
- 40) Rada Krajowa Federacji Konsumentów
- 41) Fundacja Stefana Batorego
- 42) Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan
- 43) Związek Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej
- 44) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
- 45) Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali
- 46) Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ
- 47) Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
- 48) Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

- 49) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- 50) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- 51) Główny Urząd Statystyczny
- 52) Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
- 53) Agencja Oceny Technologii Medycznych w Warszawie
- 54) Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie
- 55) Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
- 56) Konsultant krajowy w dziedzinie audiologii i foniatry
- 57) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej
- 58) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej
- 59) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii plastycznej
- 60) Konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowa
- 61) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych
- 62) Konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii
- 63) Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej
- 64) Konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii
- 65) Konsultant krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej
- 66) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii
- 67) Konsultant krajowy w dziedzinie kardiochirurgii
- 68) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny nuklearnej
- 69) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy
- 70) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej
- 71) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej
- 72) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny sądowej
- 73) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny transportu
- 74) Konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej
- 75) Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii
- 76) Konsultant krajowy w dziedzinie neurochirurgii
- 77) Konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki
- 78) Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej
- 79) Konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologia narządu ruchu

- 80) Konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii
- 81) Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii
- 82) Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii
- 83) Konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii
- 84) Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii
- 85) Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
- 86) Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej
- 87) Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej
- 88) Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej
- 89) Konsultant krajowy w dziedzinie transfuzjologii klinicznej
- 90) Konsultant krajowy w dziedzinie urologii
- 91) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego
- 92) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
- 93) Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej
- 94) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
- 95) Fundacja Rodzić po Ludzku
- 96) Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Wyniki konsultacji zostaną omówione po jej zakończeniu.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowana regulacja nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa, ani dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie społeczeństwa

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia będą miały wpływ na poprawę jakości opieki okołoporodowej w Polsce, na zdrowie populacji kobiet i dzieci.

8. Wpływ regulacji na środowisko

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na środowisko.