

Warszawa, dnia 28 lipca 2016 r.

Poz. 1132

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 7 lipca 2016 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 296) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1514).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1514), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 7 lipca 2016 r. (poz. 1132)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 września 2012 r.

w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem

Na podstawie art. 22 ust. 5²⁾ ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.³⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, stanowiące załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia⁴⁾.⁵⁾

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Art. 22 ust. 5 zmieniony przez art. 1 pkt 11 lit. b ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960), która weszła w życie z dniem 15 lipca 2016 r.; zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618) zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 904 i 960.

⁴⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 4 października 2012 r.

⁵⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1259), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 20 września 2012 r.

**STANDARDY POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
Z ZAKRESU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ SPRAWOWANEJ NAD KOBIETĄ
W OKRESIE FIZJOLOGICZNEJ CIĄŻY, FIZJOLOGICZNEGO PORODU, POŁOGU
ORAZ OPIEKI NAD NOWORODKIEM**

I. Postanowienia ogólne

1. Standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, zwane dalej „standardami”, określają poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, podania noworodkowi mleka modyfikowanego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

2. Użyte w standardach określenia oznaczają:

- 1) I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia;
- 2) II okres porodu – okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka;
- 3) III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie popłodu;
- 4) IV okres porodu – okres trwający do 2 godzin po oddzieleniu i wydaleniu popłodu;
- 5) ciąża fizjologiczna – ciążę przebiegającą w sposób prawidłowy;
- 6) osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazaną przez rodzicą;
- 7) osoba sprawująca opiekę – 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 lub położną, sprawujących odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzicą, położnicą i noworodkiem – odpowiedzialnych za prowadzenie porodu fizjologicznego;
- 8) połóg – okres rozpoczynający się po porodzie i trwający 6 tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem;
- 9) poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie.

3. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu i laktacji wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces ciąży lub porodu, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnej, znieczulenie farmakologiczne, poród zabiegowy, oznacza, że ciąża lub poród wymaga zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza niniejsze standardy.

4. Ciężarna lub rodzica powinna być kierowana do podmiotu leczniczego o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i połościem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży, II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią ciąży.

5. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień i godzinę objęcia kobiety lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o świadczeniodawcy, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane, chyba że kobieta lub jej przedstawiciel ustawowy nie podjęli jeszcze decyzji w tym zakresie.

6. Odpowiedzialność prawną i zawodową osoby sprawującej opiekę za podejmowane działania regulują przepisy ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522) oraz ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1038, z późn. zm.).

7. Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:

- 1) ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka;
- 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
- 3) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
- 4) opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;
- 5) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- 6) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu.

8. Jeżeli osobą sprawującą opiekę jest wyłącznie położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych, niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i dotychczasowego przebiegu porodu należy odnotować w dokumentacji medycznej. Adnotacja ta powinna być autoryzowana zarówno przez położną, jak i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego.

9. Osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu musi być przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz opieki nad noworodkiem. Czynności interwencyjne polegają w szczególności na:

- 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
- 2) podaniu wlewu kroplowego z płynami fizjologicznymi;
- 3) zabezpieczeniu rany krocza lub szyjki macicy;
- 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych;
- 5) działaniach zmierzających do utrzymania czynności życiowych rodzącej lub położnicy oraz płodu lub noworodka.

10. Osoba sprawująca opiekę zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną, jeśli pojawiające się powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia jednostce przyjmującej kompletną dokumentację medyczną dotyczącą opieki medycznej sprawowanej nad rodzącą lub noworodkiem.

11. Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki w czasie porodu oraz w okresie połogu. Jeżeli osoba ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia opiekę przez odpowiednią jej organizację. Organizacja opieki obejmuje opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka.

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

- 1) respektowaniu jej prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
- 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie i w których udzielane są świadczenia zdrowotne;
- 3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia, określonych w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

II. Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych 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. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh. 2. Przeciwciała odpornościowe. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne. 6. Badanie czystości pochwy. 7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo. 8. VDRL. 9. Badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia. 10. Badanie HIV i HCV. 11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i 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. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 7. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ultrasonograficzne. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wykonane we wcześniejszym 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. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 	<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, w tym zdrowia jamy ustnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–28 tyg. ciąży) – dwukrotne oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godz. od podania glukozy. 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.

1	2	3
	<ol style="list-style-type: none"> 8. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. 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. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Badanie we wzorniku 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. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 11. Ocena ryzyka ciążowego. 12. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 13. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Antygen HBs. 5. Badanie w kierunku HIV. 6. Posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytu 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.

1	2	3
	8. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.	
Po 40 tyg. ciąży badanie co 2–3 dni	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. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 11. Skierowanie do hospitalizacji po 41 tyg. ciąży.	1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne (jednorazowo).

Osoba sprawująca opiekę:

- 1) jeśli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, kieruje kobietę w okresie pomiędzy 21–26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką w miejscu, w którym będzie przebywała po porodzie;
- 1a)⁶⁾ potwierdza w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt objęcia jej opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej przez dokonanie autoryzowanego wpisu oraz wpisuje do planu opieki przedporodowej i planu porodu i karty przebiegu ciąży dane wybranej przez ciężarną położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej;
- 2) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub położu.

III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych

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

- 1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, choroby nerek, choroby neurologiczne, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy oraz otyłość;

⁶⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1514), które weszło w życie z dniem 16 października 2015 r.

- 2) zakażenie wirusem HIV lub HCV;
- 3) stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub porodzie przedwczesnym;
- 4) uprzednie urodzenie dziecka martwego lub z urazem okołoporodowym;
- 5) przebyty poród noworodka o masie urodzeniowej ciała większej niż 4000 g lub noworodka z bardzo małą lub ekstremalnie małą masą urodzeniową ciała;
- 6) ciąża wielopłodowa;
- 7) stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego;
- 8) stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego lub przedwczesnego oddzielania się łożyska, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo szczególnych krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wycięciu macicy;
- 9) sytuację, gdy ciężarna jest pierwiastką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
- 10) sytuację, gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci;
- 11) wystąpienie krwawienia przed porodem;
- 12) infekcję u ciężarnej lub jej podejrzenie;
- 13) nadciśnienie tętnicze;
- 14) wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w czasie ciąży;
- 15) używanie środków odurzających, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.

2. Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania w szczególności zalicza się:

- 1) wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHg i rozkurczowego 90 mmHg, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h;
- 2) przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży;
- 3) odmiedniczkowe zapalenie nerek;
- 4) niedokrwistość;
- 5) cukrzycę;
- 6) zakażenie wirusem różyczki;
- 7) przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
- 8) konflikt serologiczny;
- 9) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniak, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność matczyno-płodowa);
- 10) zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo-szyjkowa);
- 11) nieprawidłową lokalizację łożyska;
- 12) ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami;
- 13) przekroczenie terminu porodu lub niepewność co do terminu porodu;
- 14) dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS);
- 15) położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;

- 16) nieprawidłową objętość płynu owodniowego;
- 17) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego.

3. Do czynników ryzyka śródporodowego występujących u rodzącej w szczególności zalicza się:

- 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin);
- 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
- 3) opryszczkę genitalną;
- 4) konieczność indukcji porodu;
- 5) krwotok śródporodowy;
- 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
- 7) ciepłotę ciała powyżej 38°C;
- 8) stymulację porodu oksytocyną lub innymi metodami;
- 9) utratę krwi po porodzie w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej;
- 10) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
- 11) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
- 12) wstrząs;
- 13) pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
- 14) wyciowanie macicy;
- 15) pęknięcie macicy.

4. Do czynników ryzyka dla płodu lub występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:

- 1) zaburzenia czynności serca płodu;
- 2) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
- 3) uraz okołoporodowy;
- 4) masę dziecka poniżej 2500 g;
- 5) wady rozwojowe;
- 6) pępowinę dwunaczyniową;
- 7) naczynia błędzące w łożysku;
- 8) zaburzenia oddychania;
- 9) nieprawidłowości stwierdzone podczas badania.

5. Oceny występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, dokonuje osoba sprawująca opiekę.

6. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, ciężarna lub rodząca kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną.

7. Zidentyfikowane czynniki ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, należy omówić z ciężarną, tak aby mogła podjąć świadomą decyzję odnośnie do miejsca porodu.

8. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

IV. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej oraz plan porodu. Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. W planie opieki przedporodowej należy uwzględnić możliwość zakwalifikowania ciężarnej do Programu badań prenatalnych, realizowanego w ramach programów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.

2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki.

3. Plan opieki przedporodowej i plan porodu powinien być dołączany do dokumentacji medycznej. Osoba sprawująca opiekę przedporodową powinna przekazać ciężarnej kopię planu opieki przedporodowej.

4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.

5. Ciężarną należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdzie w sytuacji wystąpienia powikłań zarówno u matki, jak i u płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych, adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej lub stanu noworodka.

V. Postępowanie w trakcie porodu

1. Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do rodzącej. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.

2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:

- 1) witają ją osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
- 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
- 3) szanują jej prywatność i poczucie intymności;
- 4) wspólnie czytają i omawiają plan porodu;
- 5) omawiają z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem;
- 6) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
- 7) udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
- 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie.

3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:

- 1) zapewnić ciągłość opieki;
- 2) dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
- 3) zachęcać rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
- 4) zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
- 5) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.

4. 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.

VI. Strategie uśmierzania bólu podczas porodu

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu przedstawia rodzącej pełną informację o nefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych dostępnych w miejscu, w którym ten poród się odbywa, wspiera rodzącą w stosowaniu tych metod oraz respektuje jej decyzje w tym zakresie. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest obowiązana:

- 1) proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wer-tykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu;
- 2) wspierać rodzącą w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu;
- 3) zachęcać rodzącą do wyboru techniki masażu;
- 4) zachęcać do wykorzystywania imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu;
- 5) zachęcać rodzącą, aby podczas porodu towarzyszyła jej osoba bliska.

VII. Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie ciężarnej do porodu następuje na podstawie skierowania lub osobistego zgłoszenia się do wybranego przez nią podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa.

2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem porodu oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.

3. Rozpoznanie porodu:

- 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych;
- 2) przebieg postępu porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych wewnętrznych i zewnętrznych.

VIII. Postępowanie w I okresie porodu

1. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż 1/2 cm na godzinę, oceniane w odstępach 4-godzinnych.

2. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:

- 1) ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
- 2) przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:
 - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia płodu (wykonanie chwytów Leopolda),
 - g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu,
 - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,
 - i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
 - j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
 - k) dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
 - l) założenie dokumentacji medycznej, określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.),

- m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego – jedynie na życzenie rodzącej,
- n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej – 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. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:

- 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
 - a) dokonywanie oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego (w czasie każdego badania powinny zostać ocenione długość, pozycje, konsystencje 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,
 - b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
- 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej;
- 3) dokonywania oceny stanu rodzącej przez:
 - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju wsparcia,
 - b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych), stanu śluzówek oraz kontrolę mikcji – co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - c) ocenę wydzieliny pochwowej,
 - d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
- 4) dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15–30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiotokografu 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 przez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - d) współpracę z osobą bliską;
- 7) dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenia partogramu;
- 8) przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.

IX. Postępowanie w II okresie porodu

1. Brak postępu II okresu porodu w przypadku:

- 1) pierworódki – stwierdza się, gdy przez 2 godziny nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie, lub gdy silne, niedające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu;
- 2) wieloródki – stwierdza się, gdy przez 1 godzinę nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie, lub gdy silne, niedające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu.

2. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu dalszą opiekę nad rodzącą obejmuje lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

3. W II okresie porodu należy:

- 1) zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą;
- 2) poinformować rodzącą, że w II okresie porodu powinna kierować się własną potrzebą parcia.

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

- 1) oceny stanu ogólnego rodzącej;
- 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (jeśli jest to możliwe, pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę);
- 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
- 4) pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
- 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
- 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
- 7) ochrony krocza – nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach;
- 8) kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
- 9) położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka 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 powinna przekraczać 400 ml krwi.

2. Poród w III okresie może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący.

3. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:

- 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
- 2) oznakowania noworodka, przed jego odpepnieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka;
- 3) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia;
- 4) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
- 5) oceny stanu noworodka – w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem resuscytacji;
- 6) obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
- 7) podania leków w uzasadnionych sytuacjach;
- 8) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza – jego rozległości;
- 9) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
- 10) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
- 11) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalania łożyska⁷⁾;

⁷⁾ Aktywne wydalanie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy (poza przypadkami krwotoku) oraz pociąganie za pępowinę.

- 12) oceny kompletności popłodu;
- 13) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

XI. Postępowanie w IV okresie porodu

1. W czasie IV okresu porodu zadania podejmowane są adekwatnie do potrzeb rodzącej oraz noworodka.
2. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
 - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
 - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkości krwawienia z dróg rodnych;
 - 3) kontrolę stanu kanału rodnego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
 - 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza;
 - 5) instruktaż w zakresie prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i pomoc w karmieniu piersią oraz przekazanie informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połoгу;
 - 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.

XII. Opieka nad noworodkiem

1. Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej 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 w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.

2. Należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar. Ocena ta może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne. Wyniki tej oceny należy odnotować w dokumentacji medycznej.

3. Ocenę, o której mowa w ust. 2, należy wykonywać:

- 1) dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia – u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8–10 pkt Apgar);
- 2) czterokrotnie: w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia – u noworodków urodzonych w stanie średnim (4–7 pkt Apgar) i ciężkim (0–3 pkt Apgar).

4. Opieka pielęgnacyjna nad położnicą i zdrowym noworodkiem powinna być realizowana każdorazowo przez jedną osobę.

5. W miejscu, w którym rodzi się noworodek, musi znajdować się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętność resuscytacji i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji.

6. Po pierwszym kontakcie z matką noworodek jest oceniany, jeżeli to możliwe w obecności matki, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia właściwej, ze względu na zdrowie noworodka, temperatury otoczenia. Ocena obejmuje:

- 1) stan ogólny oraz adaptację pourodzeniową noworodka, ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia i układu oddechowego;
- 2) ewentualną obecność wad rozwojowych – kontrola drożności przełyku, nozdrzy przednich i tylnych oraz odbytu;
- 3) ewentualną obecność uszkodzeń wynikających z przebiegu porodu.

7. Po przeprowadzonej ocenie stanu noworodka należy dokonać pomiarów antropometrycznych:

- 1) masy ciała,
- 2) długości ciała (bez prostowania kończyn dolnych w stawach biodrowych),
- 3) obwodu głowy,
- 4) obwodu klatki piersiowej

– których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.

8. W okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:

- 1) dostarczenie matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią;
- 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowego karmienia piersią, uwzględniającego informację, że z wyjątkiem pierwszych 12 godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzanie nie musi występować co 3 godziny, we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia;
- 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
- 4) dokonywanie, w okresie pierwszych dni po urodzeniu, podczas karmienia bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas odgłosu połykania podczas karmienia, przyrost masy), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej. W przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią, należy zdiagnozować problem 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. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;
- 5) niepodawanie noworodkom karmionym piersią do picia wody, roztworu glukozy oraz niedokarmianie ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych;
- 6) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji (pierwsze 4 tygodnie), smoczków w celu uspokajania noworodka.

9. W okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, w obecności matki lub ojca, wykonuje poszerzone badanie kliniczne obejmujące w szczególności:

- 1) ciepłotę ciała;
- 2) zabarwienie powłok skórnych;
- 3) wydolność oddechową (tor oddychania, częstość oddechów, zaburzenia oddychania);
- 4) stan świadomości;
- 5) napięcie mięśni i aktywność ruchową.

10. Plan badania klinicznego noworodka obejmuje:

- 1) wygląd dziecka:
 - a) ocenę ułożenia ciała,
 - b) ocenę zabarwienia powłok skórnych (różowe, czerwone, blade, sine, żółte),
 - c) badanie w kierunku występowania ewentualnych nieprawidłowości uwarunkowanych chromosomalnie (w szczególności: zespół Downa, zespół Turnera),
 - d) ocenę adekwatności masy ciała do czasu trwania ciąży, a w przypadku wątpliwości – ocenę dojrzałości wg skali Ballard;
- 2)⁸⁾ skórę: ocenę w kierunku stwierdzenia ewentualnej obecności znamion, podbarwienia smółką, wybroczyn, otarć, nacieków lub miejscowych zasinień;
- 3) głowę:
 - a) ocenę wielkości i napięcia ciemniaczek (przedniego i tylnego),
 - b) ocenę obwodu głowy,
 - c) ocenę w kierunku ewentualnej obecności krwiaka podkostnowego;

⁸⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 6.

- 4) twarz:
 - a) ocenę osadzenia gałek ocznych,
 - b) badanie w kierunku stwierdzenia ewentualnej obecności wylewów dospójówkowych,
 - c) ocenę powiek,
 - d) ocenę budowy żuchwy i warg;
- 5) jamę ustną:
 - a) symetrię, ruchomość i wielkość języka,
 - b) ocenę podniebienia,
 - c) ocenę poprawności odruchu ssania;
- 6) kończyny górne i dolne:
 - a) ocenę proporcji budowy,
 - b) liczbę palców,
 - c) ocenę ruchomości biernej i czynnej,
 - d) badanie w kierunku stwierdzenia ewentualnej obecności objawów niedowładu splotu barkowego (porażenie typu Erba lub Klumpkego),
 - e) badanie w kierunku stwierdzenia ewentualnej obecności obrzęków;
- 7) klatkę piersiową:
 - a) ocenę proporcji budowy z uwzględnieniem grzbietowej powierzchni i kręgosłupa,
 - b) ocenę toru oddechowego i częstości oddechów,
 - c) osłuchiwanie i ocenę prawidłowości szmerów oddechowych,
 - d) ocenę gruczołów sutkowych;
- 8) układ krążenia:
 - a) ocenę tonów i szmerów serca,
 - b) ocenę uderzenia koniuszkowego,
 - c) ocenę tętna na tętnicach ramiennych i udowych;
- 9) brzuch:
 - a) ocenę wątroby i śledziony,
 - b) badanie palpacyjne w kierunku wykrycia oporów patologicznych w jamie brzusznej;
- 10) narządy płciowe: ocenę prawidłowości i dojrzałości budowy narządów płciowych zewnętrznych;
- 11) ośrodkowy układ nerwowy:
 - a) ocenę zachowania (stan pobudzenia, ciągły płacz, charakter krzyku, senność i apatia),
 - b) ocenę ułożenia kończyn,
 - c) ocenę symetrii odruchów Moro i chwytnych;
- 12) badanie stawów biodrowych w kierunku ewentualnej obecności objawu przeskakiwania.

11. Noworodki ze stwierdzonymi podczas badania, o którym mowa w ust. 10, zaburzeniami, mogącymi stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, należy niezwłocznie przekazać do oddziału patologii noworodka o poziomie referencyjnym adekwatnym do potrzeb zdrowotnych noworodka.

12. W okresie pierwszych 48 godzin po urodzeniu należy przeprowadzać regularną ocenę stanu ogólnego noworodka, w tym zabarwienia skóry, stanu nawodnienia oraz wypróżnień.

13. Noworodkowi należy wykonać czynności profilaktyczne obejmujące:

- 1) profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K przez jednorazowe podanie witaminy K, zgodnie z aktualnymi zaleceniami;

- 2) profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, zgodnie z aktualnymi zaleceniami;
- 3) szczepienia ochronne, zgodnie z odrębnymi przepisami;
- 4) podanie dodatkowo immunoglobulin anty-HBs dzieciom matek z HBs dodatnim (uodpornienie czynno-bierne);
- 5) rozpoczęcie profilaktyki krzywicy, zgodnie z aktualnymi zaleceniami.

14. Noworodkowi należy wykonać obowiązujące badania przesiewowe, w szczególności w kierunku fenyloketonurii, mukowiscydozy, wrodzonej niedoczynności tarczycy oraz badanie przesiewowe słuchu.

15.⁹⁾ U każdego noworodka należy wykonać przesiewowe badanie pulsoksymetryczne w celu wczesnego wykrycia bezobjawowych, krytycznych wad serca. Pomiar saturacji należy przeprowadzić na kończynie dolnej w ciągu 2–3 minut w czasie między 4. a 24. godziną po urodzeniu oraz przed wypisaniem z oddziału. Saturacja mniejsza lub równa 95% jest wskazaniem do wykonania badania echokardiograficznego w trybie pilnym.

16. Noworodkowi należy założyć kartę uodpornienia.

17. 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 oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych.

18. Należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym dokumentację noworodka określoną przepisami o aktach stanu cywilnego.

19.¹⁰⁾ Podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Zgłoszenie o porodzie zawiera:

- 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) płeć dziecka;
- 5) adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu, oraz numer telefonu kontaktowego;
- 6) czytelny podpis pracownika odpowiedzialnego za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia o porodzie.

20.¹⁰⁾ Przekazanie zgłoszenia o porodzie powinno nastąpić w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Potwierdzenie odbioru przez położną lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia o porodzie jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka prowadzonej przez podmiot leczniczy dokonujący jego wypisu.

21.¹⁰⁾ W przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem, podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

⁹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 6.

¹⁰⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 6.

22.¹⁰⁾ Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem, informuje w dniu wypisu powiatowe centrum pomocy rodzinie w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku podejrzenia możliwości wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie noworodka i braku współpracy matki lub opiekunów prawnych noworodka w ustaleniu położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu.

23.¹⁰⁾ Przepisu ust. 22 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, korzystającą ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej podczas pobytu czasowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ) albo certyfikatu czasowego zastępującego EKUZ, a także gdy matka noworodka nie posiada stałego miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

XIII. Podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków

1. Noworodka wymagającego podjęcia zabiegów resuscytacyjnych bezpośrednio po urodzeniu należy ująć w czysty i ogrzany ręcznik, zacisnąć pępowinę, osuszyć i owinąć go czystym i ogrzanym ręcznikiem lub ułożyć na płaskiej powierzchni pod promiennikiem ciepła, zapewnić utrzymanie odpowiedniej temperatury otoczenia.

2. U noworodków urodzonych o czasie z umiarkowaną lub ciężką encefalopatią niedotlenieniowo-niedokrwienną należy (o ile to możliwe) zastosować hipotermię leczniczą. Przed i w czasie transportu do ośrodka dysponującego możliwością przeprowadzenia leczniczej hipotermii należy utrzymać temperaturę 34°C (mierzoną w odbycie).

3. Przed zabiegiem resuscytacji należy ocenić stan noworodka na podstawie następujących parametrów:

- 1) zabarwienia powłok na tułowiu, wargach i na języku;
- 2) napięcia mięśniowego;
- 3) częstości i toru oddychania;
- 4) częstości rytmu serca – sprawdzanej stetoskopem.

4. Parametry wymienione w ust. 3 należy wielokrotnie kontrolować w trakcie zabiegów resuscytacyjnych.

5. Noworodek, który oddycha regularnie, ma czynność serca 100 lub więcej uderzeń na minutę, wykazuje różowe zabarwienie tułowia i ma dobre napięcie mięśniowe, nie wymaga dalszych zabiegów resuscytacyjnych i powinien być przekazany matce.

6. Noworodek, który ma czynność serca poniżej 100 uderzeń na minutę, oddycha nieregularnie lub wykazuje brak czynności oddechowej, ma sine lub blade zabarwienie powłok i obniżone napięcie mięśniowe, wymaga podjęcia zabiegów resuscytacyjnych. Pierwszym etapem resuscytacji jest udrożnienie dróg oddechowych. Nie zaleca się rutynowego odsysania jamy ustnej, nosa, gardła po urodzeniu się główki w przypadkach zanieczyszczenia płynu owodniowego smółką. Nie zaleca się natychmiastowej intubacji i odsysania treści z tchawicy u żywotnych noworodków (wydolny oddech, prawidłowe napięcie mięśniowe i czynność serca powyżej 100 uderzeń na minutę).

7. Jeśli udrożnienie dróg oddechowych jest konieczne, należy:

- 1) ułożyć główkę dziecka w pozycji neutralnej, umieszczając pod barkami dziecka niewielki wałek;
- 2) unieść żuchwę lub wykonać rękoczyn wysunięcia żuchwy, wykazując ostrożność, by nie uszkodzić tkanek miękkich dna jamy ustnej;
- 3) oczyścić drogi oddechowe przez:
 - a) usunięcie krwi, mazi płodowej, smółki, śluzu lub wymiociny, stosując odessanie przy użyciu laryngoskopu i miękkiego cewnika,
 - b) zaintubowanie i wykonanie odsysania, wprowadzając cewnik do rurki intubacyjnej na maksymalnie możliwą głębokość – w przypadku zachłyśnięcia smółką noworodka z depresją oddychania; w czasie wysuwania cewnika należy zastosować ujemne ciśnienie ssania na poziomie 20–30 cm H₂O; zabieg odsysania należy powtarzać do chwili stwierdzenia w cewniku treści smółkowej; żywotnego noworodka z podejrzeniem zachłyśnięcia smółką nie należy odsysać z tchawicy; w czasie odsysania obowiązuje stała kontrola częstości pracy serca (w przypadku zwolnienia akcji serca poniżej 100 uderzeń na minutę należy przerwać odsysanie do czasu przyspieszenia akcji serca powyżej 100 uderzeń na minutę).

8. W przypadku podjęcia przez noworodka regularnego oddychania charakteryzującego się prawidłowymi ruchami klatki piersiowej i różowym zabarwieniem powłok skórnych należy noworodkowi zapewnić komfort termiczny i regularnie oceniać jego stan kliniczny. Przy braku regularnej czynności oddechowej lub sinym zabarwieniu powłok noworodka należy kontynuować zabiegi resuscytacyjne przez wykonanie 5 oddechów, każdy trwający 2–3 sekundy – wdech powietrzem. U noworodków urodzonych o czasie podczas resuscytacji bezpośrednio po urodzeniu należy używać powietrza. Jeżeli pomimo efektywnej wentylacji oksygenacja oceniana za pomocą pulsoksymetru nie jest akceptowalna, należy rozważyć użycie wyższego niż w powietrzu atmosferycznym stężenia tlenu. Za prawidłowe wartości saturacji, uzyskiwanej po podłączeniu pulsoksymetru na prawej dłoni noworodka, przyjmuje się w pierwszych minutach po urodzeniu: 60% po 2 minutach, 70% po 3 minutach, 85% po 5 minutach, 90% po 10 minutach. Zaleca się stosowanie sztucznej wentylacji za pomocą urządzeń pozwalających na kontrolę parametrów ciśnienia i stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej, w tym:

- 1) urządzenia ograniczającego ciśnienie z zastawką bezpieczeństwa i możliwością wytworzenia wyższego ciśnienia, jeśli okaże się to potrzebne;
- 2) zestawu składającego się z worka samorozprężalnego z maską, przy zapewnieniu objęcia maską ust i nosa noworodka.

9. W przypadku braku czynności oddechowej należy noworodka zaintubować, jeżeli nie był zaintubowany wcześniej, i rozpocząć stosowanie sztucznej wentylacji.

10. Sztuczną wentylację z użyciem tlenu należy stosować pod ciśnieniem 25–35 cm H₂O, zwiększając stężenie tlenu w przypadku braku efektu, kontrolując równocześnie czynność serca oraz zabarwienie skóry noworodka. W przypadku uzasadnionego zastosowania podwyższonego stężenia tlenu w czasie wentylacji noworodka po urodzeniu należy jak najszybciej dążyć do redukcji tego stężenia.

11. Wentylację z częstością 30–40 oddechów na minutę należy kontynuować do momentu powrotu spontanicznej czynności oddechowej lub podłączenia noworodka do respiratora, kontrolując równocześnie częstość rytmu serca poprzez osłuchiwanie okolicy przedsercowej. W trakcie wentylacji klatka piersiowa noworodka powinna delikatnie unosić się podczas wykonywanych wdechów. Jeżeli klatka piersiowa dziecka nie unosi się podczas wykonywanych wdechów, należy poprawić drożność dróg oddechowych i wykonać rękoczyn wysunięcia żuchwy, jeżeli dotąd tego nie zrobiono. Wskazane jest, aby utrzymywanie drożności dróg oddechowych i prowadzenie wentylacji wykonywały dwie osoby.

12. W przypadku gdy częstość pracy serca noworodka wynosi mniej niż 60 uderzeń na minutę, należy podjąć pośredni masaż serca. W prowadzeniu resuscytacji noworodka obejmującej pośredni masaż serca niezbędny jest udział dwóch osób. Osoba wykonująca pośredni masaż serca musi wykonać następujące czynności:

- 1) objąć dłońmi klatkę piersiową noworodka i ułożyć oba kciuki na powierzchni 1/3 dolnej części mostka;
- 2) wykonywać kciukami regularne uciski dolnej części mostka z częstością około 90 ucisków na minutę, na głębokość 1/3 wymiaru przednio-tylnego klatki piersiowej;
- 3) zwiększyć stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej, uzależniając wartość stężenia tlenu od wskazań pulsoksymetru.

13. Pośredni masaż serca i wentylację należy wykonywać z zachowaniem stosunku 3:1 (90 uciśnień klatki piersiowej i 30 oddechów na minutę).

14. W przypadku gdy po około 30 sekundach pośredniego masażu serca i wentylacji płuc:

- 1) samoistna czynność serca wzrośnie do ponad 60 uderzeń na minutę i dalej przyspiesza, należy przerwać masaż serca i kontynuować wentylację;
- 2) samoistna czynność serca nie ulega przyspieszeniu, należy:
 - a) podać 0,1–0,3 ml/kg adrenaliny w roztworze 1:10 000 (dawkę można powtórzyć kilkakrotnie w odstępach kilkuminutowych, nie przekraczając łącznej dawki 0,3 ml/kg) przez kaniulę lub cewnik wprowadzony do żyły pępowinowej; jeżeli wykorzystywany jest dostęp dotchawiczy, należy rozważyć odpowiednio wyższą dawkę adrenaliny,
 - b) kontynuować pośredni masaż serca i wentylację, planując kolejne działania obejmujące zapewnienie dostępu do układu krążenia drogą:
 - żyły pępowinowej,
 - żyły obwodowej,
 - jamy szpikowej (z tego dostępu można skorzystać w przypadku trudności z wykorzystaniem innych dróg dostępu),

- c) podjąć działania dla skorygowania potencjalnie odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia, takich jak:
- hipowolemia (podać 10 ml/kg płynu krystaloidowego lub krwi),
 - hipotermia,
 - hipoglikemia,
 - odma prężna.

15. Noworodkowi nie należy podawać leków przed zapewnieniem dobrej wentylacji płuc i pośredniego masażu serca.

16. Zabiegi resuscytacyjne należy niezwłocznie rozpocząć od zaintubowania i odessania noworodka oraz wdrożenia masażu pośredniego serca i wentylacji 40–60% tlenem – w przypadku noworodka, który urodzi się w stanie śmierci klinicznej (Apgar – 0).

17. Jeśli mimo 10-minutowej ciągłej i prawidłowej resuscytacji nie stwierdza się czynności serca (przy użyciu kardiomonitora), należy zaprzestać resuscytacji.

XIV. Połóg

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

2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:

- 1) stanu ogólnego położnicy;
- 2) stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów położniczych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek;
- 3) laktacji;
- 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
- 5) higieny ciała;
- 6) stanu psychicznego położnicy;
- 7) relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny.

3. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacji niepowodzeń położniczych lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo małej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego lub z wadą wrodzoną oraz poinformować o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających.

4. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:

- 1) stanu ogólnego noworodka (ciepłota ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
- 2) obecności odruchów noworodkowych;
- 3) stanu skóry (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 (obrzęk 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 okołopępkowy, przepuklina);
- 9) higieny pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
- 10) wykonania badań przesiewowych w ramach programów zdrowotnych wdrożonych i realizowanych na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz szczepień zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.).

5. Wyniki ocen położnicy i noworodka określonych w ust. 2 i 4 odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

6. Opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.

7.¹¹⁾ Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w części XII ust. 19.

8. Położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).

9. Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka, poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.

10. Podczas wizyt położna w szczególności:

- 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
- 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;
- 3) udziela rad i wskazówek na temat opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji;
- 4) ocenia, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;
- 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej;
- 6) ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;
- 7) zachęca matkę do karmienia naturalnego noworodka, prowadzi instruktaż i koryguje nieprawidłowości w przebiegu karmienia piersią, ocenia przebieg karmienia naturalnego i czynniki ryzyka niepowodzenia w laktacji oraz pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
- 8) edukuje w zakresie profilaktyki przeciwwkrzywicznej i przeciwwkrwotocznej;
- 9) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
- 10) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii w 6. tygodniu połogu;
- 11) udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia;
- 12) udziela porad na temat minimalizowania stresu i radzenia sobie ze stresem;
- 13) 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, odżywiania matki karmiącej, korzyści z karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją, pielęgnacji rany krocza oraz pielęgnacji skóry dziecka;
- 14) realizuje samodzielnie świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i ewentualnie rehabilitacyjne, wynikające z planu opieki nad położnicą i noworodkiem;
- 15) zdejmuje szwy z krocza, jeżeli zachodzi taka potrzeba;
- 16) realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;
- 17) wykonuje czynności diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne zlecone przez lekarza;
- 18) współpracuje w realizacji opieki z położnicą i zespołem terapeutycznym;
- 19) motywuje do prowadzenia gimnastyki oraz udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w połogu jako metody zapobiegania nietrzymaniu moczu;
- 20) udziela instruktażu w zakresie możliwych technik kąpieli noworodka oraz pielęgnowania skóry, kikutu pępownicy i dna pępka;
- 21) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu połogu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
- 22) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w połogu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy oraz wskazuje instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc.

11. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

12. Po ukończeniu przez dziecko 6. tygodnia życia położna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

¹¹⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 6.