

Warszawa, dnia 11 września 2018 r.

Poz. 1756

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 16 sierpnia 2018 r.

w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r., z wyjątkiem przepisów części XIII ust. 3 pkt 8 załącznika do rozporządzenia, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.³⁾

Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*

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

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 138, 650, 1128, 1375, 1532, 1629, 1669 i 1693.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), które tracą moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960).

STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI ZDROWOTNEJ W PODMIOTACH WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

I. Postanowienia ogólne

1. Standard organizacyjny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożenia oraz nad noworodkiem, zwany dalej „standardem”, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:
 - 1) amniotomii,
 - 2) indukcji porodu,
 - 3) stymulacji czynności skurczowej,
 - 4) podawania opioidów,
 - 5) nacięcia krocza,
 - 6) cięcia cesarskiego,
 - 7) podania noworodkowi mleka modyfikowanego– z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych, o których mowa w ust. 1, oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką.
3. Sposób realizacji oraz dokumentowanie działań, o których mowa w ust. 2, określa regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Użyte w standardzie określenia oznaczają:
 - 1) I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia;
 - 2) II okres porodu – okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka;
 - 3) III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie płodu;
 - 4) IV okres porodu – okres trwający 2 godziny po oddzieleniu i wydaleniu płodu;
 - 5) ciąża fizjologiczna – ciążę przebiegającą w sposób prawidłowy;
 - 6) osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazaną przez ciężarną lub rodzącą;
 - 7) osoba sprawująca opiekę:
 - a) położną,
 - b) lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, zwanych dalej „lekarzem położnikiem”,
 - c) lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii, lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neonatologii albo lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii, zwanych dalej „lekarzem oddziału neonatologicznego”,
 - d) pielęgniarkę– sprawujących odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą albo noworodkiem;
 - 8) lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu:
 - a) lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:
 - anestezjologii lub
 - anestezjologii i reanimacji, lub
 - anestezjologii i intensywnej terapii, lub

- b) lekarza, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub
 - c) lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej pięcioletnie doświadczenie w wykonywaniu analgezji regionalnej porodu, albo
 - d) lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, po ukończeniu drugiego roku szkolenia, pod warunkiem że znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;
- 9) położna anestezjologiczna – położną, która ukończyła:
- a) specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
 - c) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii;
- 10) pielęgniarka anestezjologiczna – pielęgniarkę, która ukończyła:
- a) specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
 - c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
- 11) połóg – okres rozpoczynający się po porodzie i trwający sześć tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem;
- 12) poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, po którym matka i noworodek są w dobrym stanie;
- 13) edukacja przedporodowa – praktyczne i teoretyczne przygotowanie ciężarnej oraz osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży, podczas porodu, połogu oraz do rodzicielstwa, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych i przygotowanie do sprawowania opieki nad noworodkiem i niemowlęciem wpływające na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej, zmniejszenie liczby cięć cesarskich, porodów przedwczesnych, interwencji medycznych oraz łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.
5. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu i laktacji wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Ingerencja w naturalny proces ciąży, porodu lub laktacji, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnej, nadciśnienia tętniczego i innych powikłań ciąży, lub poród zabiegowy, oznacza, że ciąża, poród lub laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur wykraczających poza standard.
6. Ciężarną lub rodzącą kieruje się do podmiotu leczniczego wykonującego działalność w zakresie opieki okołoporodowej, posiadającego oddział o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży, II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad patologią ciąży średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad najcięższą patologią ciąży.
7. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia rodzącej lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który tę opiekę przejmuje, zawierającą jego dane.
8. Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:
- 1) ocenę stanu zdrowia ciężarnej, rodzącej, płodu oraz noworodka;
 - 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie patologii;
 - 3) sprawdzenie posiadanych przed kobietę wyników badań, szczególnie niezbędnych w stanie zagrożenia życia, w tym oznaczenia grupy krwi;
 - 4) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
 - 5) opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem;
 - 6) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
 - 7) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu;
 - 8) zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała.

9. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz nad noworodkiem, które polegają w szczególności na:
- 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
 - 2) podaniu wlewu kroplowego;
 - 3) zabezpieczeniu obrażeń kanału rodnego;
 - 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych matki i dziecka;
 - 5) utrzymaniu czynności życiowych rodzącej albo położnicy oraz płodu albo noworodka.
10. Jeżeli osobą sprawującą opiekę jest położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza położnika. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza położnika, dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i płodu oraz dotychczasowego przebiegu porodu odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Adnotacja jest podpisywana przez położną i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą i przejmującą opiekę fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej.
11. Podmiot wykonujący działalność leczniczą zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, jeżeli powikłania wymagają zastosowania procedur wyspecjalizowanych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przejmującemu opiekę nad rodzącą lub noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.
12. 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 odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.
13. Realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na:
- 1) respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położeniem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
 - 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych;
 - 3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

II. 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. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Badanie gruczołów sutkowych. 4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi. 2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu.

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie. 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika. 9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy. 6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM. 7. Badanie VDRL. 8. Zalecenie kontroli stomatologicznej. 9. Badanie HIV i HCV. 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży. 11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji. 12. Oznaczenie TSH.
11–14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).
15–20 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu.
18–22 tydzień ciąży		Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.
21–26 tydzień ciąży	Rozpoczęcie edukacji przedporodowej.	
21–26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 7. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24–26 tydzień ciąży). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–26 tygodniu ciąży) – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (–). 4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM).
27–32 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (–). 4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. 5. W przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anti-D (28–30 tydzień ciąży).

33–37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Ocena ruchów płodu. 7. Badanie gruczołów sutkowych. 8. Pomiar masy ciała. 9. Ocena ryzyka ciążowego. 10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 11. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie antygenu HBs. 4. Badanie HIV. 5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży). 6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.
38–39 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.
Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu – kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy – indywidualizacja postępowania. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.

Osoba sprawująca opiekę:

- 1) jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, informuje kobietę o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;
- 2) odnotowuje w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej; położna podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie przez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej;
- 3) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu.

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

III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoporodowych

1. Do czynników ryzyka identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem zalicza się w szczególności:
 - 1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, choroby neurologiczne, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy oraz otyłość;
 - 2) zakażenie wirusem HIV lub HCV;
 - 3) stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub po porodzie przedwczesnym;
 - 4) uprzednie urodzenie dziecka martwego lub w ciężkiej zamartwicy;
 - 5) przebyty poród noworodka o masie urodzeniowej ciała większej niż 4000 g lub noworodka z bardzo małą lub ekstremalnie małą masą urodzeniową ciała;
 - 6) ciążę wielopłodową;
 - 7) wystąpienie krwawienia przed porodem, stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego lub przedwczesnego oddzielania się łożyska;
 - 8) stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebyłym wycięciu macicy;
 - 9) sytuację, gdy ciężarna jest pierworódką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
 - 10) sytuację, gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci;
 - 11) przewlekłe zakażenie u ciężarnej lub jego podejrzenie lub wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w czasie ciąży;
 - 12) używanie substancji psychoaktywnych, produktów leczniczych, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.
2. Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania zalicza się w szczególności:
 - 1) wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHg i rozkurczowego wyższą niż 90 mmHg, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h;
 - 2) przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży;
 - 3) odmiedniczkowe zapalenie nerek;
 - 4) niedokrwistość;
 - 5) cukrzycę;
 - 6) zakażenie wirusem różyczki;
 - 7) przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
 - 8) konflikt serologiczny;
 - 9) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniaki macicy, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność 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 41 tygodnia ciąży lub niepewność co do terminu porodu;
 - 14) dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS);
 - 15) położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;
 - 16) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego.

3. Do czynników ryzyka śródporodowego zalicza się w szczególności:
 - 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin);
 - 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
 - 3) opryszczkę genitalną;
 - 4) konieczność indukcji lub stymulacji porodu;
 - 5) krwotok śródporodowy;
 - 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
 - 7) temperaturę ciała powyżej 38°C;
 - 8) okołoporodową utratę krwi w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej;
 - 9) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
 - 10) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
 - 11) wstrząs;
 - 12) pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
 - 13) wynicowanie macicy;
 - 14) pęknięcie macicy.
4. Do czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:
 - 1) pępowinę dwunaczyniową;
 - 2) naczynia błędzące;
 - 3) wady rozwojowe;
 - 4) masę ciała noworodka poniżej 2500 g;
 - 5) zaburzenia czynności serca płodu;
 - 6) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
 - 7) uraz okołoporodowy;
 - 8) zaburzenia oddychania.
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, rodząca lub noworodek powinni pozostawać pod opieką lekarza położnika lub lekarza oddziału neonatologicznego o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną lub neonatologiczną.
7. Zidentyfikowane u ciężarnej czynniki ryzyka należy omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu.
8. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1–4, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

IV. Edukacja przedporodowa

1. Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, z uwzględnieniem zajęć teoretycznych i praktycznych realizowanych w formie indywidualnej lub grupowej, odpowiada położna. Edukacja przedporodowa w formie indywidualnej jest również obowiązkiem lekarza położnika.
2. Ramowy program edukacji przedporodowej obejmuje okres prenatalny (ciąża), porodu, poporodowy (połóg) oraz wsparcie społeczne ciężarnej, położnicy i rodziny w okresie okołoporodowym.
3. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu prenatalnego (ciąży) obejmuje w szczególności:
 - 1) przebieg ciąży i rozwój dziecka od początku ciąży do porodu;
 - 2) opiekę prenatalną – dostępne formy opieki medycznej i plan opieki przedporodowej;

- 3) styl życia w okresie ciąży – zasady odżywiania, używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka, aktywność zawodowa, aktywność fizyczna, zachowania i czynności uznawane za niebezpieczne dla kobiet w okresie ciąży;
 - 4) dolegliwości okresu ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi;
 - 5) profilaktykę chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepienia ochronne;
 - 6) problemy psychologiczne i emocjonalne kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i połogu;
 - 7) zagadnienia prawne dotyczące przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciążarnych, matek.
4. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący porodu obejmuje w szczególności:
- 1) przygotowanie do porodu i plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej;
 - 2) czynniki zwiastujące poród, początek porodu, w tym stany nagłe wymagające szybkiej hospitalizacji;
 - 3) fizjologia porodu, poród aktywny, poród rodzinny;
 - 4) pozycje wykorzystywane w I i II okresie porodu (pozycje wertykalne) i sprzęt pomocny w trakcie porodu;
 - 5) łagodzenie bólu porodowego (niefarmakologiczne i farmakologiczne);
 - 6) kontakt matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacja karmienia piersią;
 - 7) cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim;
 - 8) informowanie o możliwości deponowania tkanek płodu, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego – w celu pozyskania komórek macierzystych.
5. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połóg) obejmuje w szczególności:
- 1) opiekę w okresie połogu – przebieg połogu, powrót płodności po porodzie oraz psychologiczne aspekty połogu;
 - 2) karmienie piersią i wsparcie w laktacji, w tym rozwiązywanie problemów związanych z laktacją;
 - 3) opiekę nad noworodkiem a następnie nad niemowlęciem, w tym postępowanie z noworodkiem po urodzeniu, działania profilaktyczne wykonywane u noworodka oraz niemowlęcia, pielęgnację dziecka, informacje i zalecenia dla rodziców odnośnie do postępowania z dzieckiem w domu oraz zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym.
6. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego).
7. Podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzące edukację przedporodową nie prowadzą działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt.

V. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki przedporodowej i plan porodu. Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. W planie opieki przedporodowej uwzględnia się możliwość zakwalifikowania ciężarnej do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i określenie miejsca porodu.
2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu są modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej i zmieniających się jej potrzeb i oczekiwań w trakcie opieki.
3. Plan opieki przedporodowej i plan porodu jest dołączany do indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej ciężarnej.
4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.

5. W miarę możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą należy umożliwić ciężarnej wcześniejsze zapoznanie z miejscem porodu, zorganizować możliwość wypełnienia dokumentacji medycznej, konsultację anestezyjologiczną na wypadek zastosowania u niej analgezji regionalnej porodu.
6. W celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad rodzącą zakażoną HIV oraz noworodkiem jest zasadne kierowanie jej do porodu do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej i neonatologicznej.

VI. Postępowanie w trakcie porodu

1. Rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważne są postawa, słowa kierowane do rodzącej oraz ton głosu podczas rozmowy. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a pozyskane informacje wykorzystać do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:
 - 1) witają rodzącą osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
 - 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
 - 3) szanują prywatność rodzącej i jej poczucie intymności;
 - 4) zapoznają się z planem porodu, omawiają go z rodzącą i w miarę możliwości stosują jego postanowienia;
 - 5) omawiają z rodzącą dostępne sposoby łagodzenia bólu;
 - 6) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań;
 - 7) udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
 - 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie.
3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
 - 1) zapewnić ciągłość opieki;
 - 2) dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
 - 3) umożliwić rodzącej korzystanie ze wsparcia osoby bliskiej;
 - 4) zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
 - 5) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.
4. Decyzję o możliwości spożywania posiłków przez rodzącą podejmuje osoba sprawująca opiekę nad rodzącą.
5. Podczas porodu osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych są obowiązane do przestrzegania zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki; wybór środków ochrony osobistej opiera się na ocenie ryzyka zakażenia.

VII. Łagodzenie bólu porodowego

1. Rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego.
2. Rodzącej przyjmowanej do podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu porodu przekazuje się, w sposób dla niej zrozumiały, informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie.
3. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, oraz zapewniają rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.
4. W podmiocie wykonującym działalność leczniczą realizującym opiekę nad rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający ust. 1–3 i 7–24 i dostępne w tym podmiocie metody łagodzenia bólu porodowego.

5. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, jego zastępca do spraw medycznych.
6. Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust. 4, potwierdzając to podpisem.
7. Łagodzenie bólu porodowego obejmuje metody niefarmakologiczne i farmakologiczne.
8. Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:
 - 1) utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, worek sako, drabinki, materac, sznury porodowe, krzesło porodowe;
 - 2) techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
 - 3) metody fizjoterapeutyczne, w tym: masaż relaksacyjny, ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu, przezskórną stymulację nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);
 - 4) immersję wodną;
 - 5) akupunkturę;
 - 6) akupresurę.
9. Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego są stosowane przez położną odpowiedzialną za prowadzenie porodu fizjologicznego lub przez osobę bliską, a w porodzie nieprzebiegającym fizjologicznie przez położną z pomocą osoby bliskiej po poinformowaniu lekarza położnika. Dobór metody uzgadniany jest z rodzącą.
10. Zakres i częstość monitorowania stanu rodzącej oraz płodu w czasie stosowania metod niefarmakologicznych łagodzenia bólu porodowego powinny uwzględniać aktualny stan kliniczny rodzącej.
11. Metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:
 - 1) analgezję wziewną;
 - 2) dożylną lub domięśniowe stosowanie opioidów;
 - 3) analgezję regionalną i miejscową.
12. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego analgezji wziewnej wymaga dodatkowego monitorowania stanu ogólnego rodzącej i płodu, w sposób określony w ust. 34, a w szczególnych przypadkach wdrożenie dodatkowych metod monitorowania stanu płodu.
13. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego produktów leczniczych z grupy opioidów wymaga dodatkowego monitorowania stanu rodzącej i płodu w sposób określony w ust. 34. Ze względu na możliwą zwiększoną szybkość rozwierania szyjki macicy, a tym samym skrócenie trwania pierwszego okresu porodu oraz sedację rodzącej, należy uwzględnić aktywne prowadzenie porodu, uwzględniające poród w pozycji leżącej, częstszą kontrolę rozwarcia szyjki macicy i ciągle monitorowanie KTG.
14. Analgezja regionalna obejmuje:
 - 1) analgezję zewnątrzoponową;
 - 2) połączoną analgezję podpajęczynówkową i zewnątrzoponową;
 - 3) analgezję podpajęczynówkową.
15. Analgezja miejscowa obejmuje blokadę nerwu sromowego.
16. Świadczenia w zakresie analgezji regionalnej porodu są udzielane w warunkach umożliwiających bezpośredni dostęp przy łóżku porodowym do źródła tlenu, aparatu do pomiaru nieinwazyjnego ciśnienia tętniczego, pulsoksymetru i pompy infuzyjnej oraz dostępności do monitora EKG i elektrycznego urządzenia do odsysania, zestawu do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, defibrylatora i produktów leczniczych.
17. Poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest prowadzony przez lekarza położnika.
18. Blokada nerwu sromowego jest wykonywana przez lekarza położnika i nie wymaga udziału lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu.
19. Analgezję regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu co najmniej 1 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy. W uzasadnionych medycznie przypadkach możliwe jest wcześniejsze rozpoczęcie analgezji. Analgezja regionalna powinna być kontynuowana podczas II okresu porodu.

20. Analgeza regionalna jest poprzedzona konsultacją lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu, przeprowadzoną na zlecenie lekarza położnika, nie później niż 30 minut od zgłoszenia lekarzowi prowadzącemu analgezję regionalną porodu takiego zlecenia.
21. Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodzica uzyskuje od lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu informację o jej przebiegu, jej wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu pisemnej zgody rodzickej lub jej przedstawiciela ustawowego.
22. Badania poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej obejmują:
 - 1) badanie fizykalne i ocenę stanu fizycznego rodzickej według skali American Society of Anesthesiologists (ASA);
 - 2) badanie spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji regionalnej porodu pod postacią blokady centralnej;
 - 3) badania diagnostyczne zgodne z wytycznymi Grupy Roboczej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - 4) badanie położnicze oceniające postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu dokonane przez lekarza położnika, który będzie nadzorował przebieg porodu i w przypadku powikłań położniczych wdroży odpowiednie postępowanie.
23. W przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu współpracuje położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna.
24. Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu może prowadzić więcej niż jedną analgezję porodu jednocześnie pod warunkiem, że uzna takie postępowanie za bezpieczne dla rodziczych. Lekarz prowadzący analgezję regionalną porodu nie może w tym samym czasie udzielać innego rodzaju świadczeń zdrowotnych.
25. Podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej rodzica pozostaje pod opieką położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej. Położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna sprawująca opiekę nad rodzicą w warunkach analgezji regionalnej współpracuje z lekarzem położnikiem i lekarzem prowadzącym analgezję regionalną porodu, z uwzględnieniem podawania produktów leczniczych do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej zgodnie z zaleceniem lekarskim. Położna anestezjologiczna sprawuje opiekę nad jedną rodzicą w warunkach analgezji regionalnej, włączając w to czynności związane z porodem i analgezją regionalną.
26. Rodzicę otrzymującej analgezję regionalną należy złożyć kartę przebiegu znieczulenia, w której są dokumentowane wyniki oceny klinicznej dokonanej przed założeniem cewnika do analgezji regionalnej, w tym wyniki badań określonych w ust. 22, dawkowanie produktów leczniczych znieczulenia miejscowego i innych produktów leczniczych, wartości monitorowanych parametrów funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania.
27. Po podaniu produktów leczniczych znieczulenia miejscowego do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej rodzica znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu przez co najmniej 30 minut.
28. Monitorowanie funkcji życiowych:
 - 1) przed rozpoczęciem analgezji regionalnej jest konieczna w szczególności kontrola:
 - a) ciśnienia tętniczego krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP),
 - b) czynności serca (HR),
 - c) saturacji krwi obwodowej (SpO₂),
 - d) częstości akcji serca płodu (FHR);
 - 2) pomiary parametrów wymienionych w pkt 1 należy powtarzać nie rzadziej niż co 5 minut od podania dawki produktu leczniczego miejscowo znieczulającego inicjującej analgezję przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów rodzickej i płodu;
 - 3) oceny stanu rodzickej podczas trwania analgezji regionalnej dokonuje się nie rzadziej niż co 90 minut przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu i w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej;
 - 4) wyniki pomiarów, w tym ocenę rozprzestrzeniania analgezji regionalnej, ocenę poziomu złagodzenia bólu, jego charakteru oraz zdolności rodzickej do przemieszczania się, odnotowuje się w karcie przebiegu znieczulenia;
 - 5) przy każdym kolejnym podaniu dawki produktów leczniczych miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej porodu monitoruje się parametry określone w pkt 1.

29. Opieka nad położnicą i noworodkiem po analgezi regionalnej obejmuje:
- 1) pozostawanie położnicy i noworodka pod opieką położnej i nadzorem lekarza położnika, lekarza oddziału neonatologicznego lub lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu, do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej oraz wykluczenia innych niebezpiecznych powikłań związanych z analgezią regionalną porodu;
 - 2) dokonanie u noworodka wstępnej oceny jego stanu według skali Apgar, a następnie podjęcie czynności wymienionych w części XIII.
30. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu wymaga wdrożenia indywidualnego schematu postępowania, odpowiedniego do zastosowanej metody i stanu klinicznego rodzącej. Warunkiem zastosowania tych metod jest uzyskanie zgody rodzącej, poprzedzonej udzieleniem jej przez lekarza informacji na temat wpływu danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych. Rodząca udziela pisemnej zgody na zastosowanie danej metody.
31. Za prowadzenie porodu, w którym dla złagodzenia bólu porodowego są zastosowane środki farmakologiczne, w tym analgezia regionalna, jest odpowiedzialny lekarz położnik. Za realizację procedury analgezi regionalnej jest odpowiedzialny lekarz prowadzący analgezię regionalną porodu.
32. W zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje z:
- 1) lekarzem prowadzącym analgezię regionalną porodu;
 - 2) położną albo położną anestezjologiczną albo pielęgniarką anestezjologiczną;
 - 3) lekarzem oddziału neonatologicznego.
33. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania. Rozpoczęcie farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym oraz przeprowadzoną i udokumentowaną przez lekarza położnika oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.
34. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga, w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania rodzącej i płodu obejmującego:
- 1) u rodzącej ocenę funkcji:
 - a) układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz pulsoksymetrię przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, uwzględniając rodzaj zastosowanego opioidu i drogi jego podania; w uzasadnionych przypadkach obserwacja co najmniej 12 godzin,
 - b) układu krążenia, obejmującą pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej;
 - 2) u płodu – ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.
35. Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu porodowego oraz ocenę stanu rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezi regionalnej – w karcie przebiegu znieczulenia.

VIII. Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie do porodu następuje przez zgłoszenie się do wybranego podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa.
2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.
3. Rozpoznanie porodu:
 - 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skręcanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych;
 - 2) przebieg postępu porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych.

4. Należy zidentyfikować ewentualną potrzebę objęcia rodzącej śródporodową profilaktyką wystąpienia zakażenia paciorkowcem grupy B (GBS) oraz profilaktyką konfliktu serologicznego zgodnie z zaleceniami oraz w przypadku zaistnienia takiej konieczności podjąć niezbędne działania profilaktyczne.
5. U każdej kobiety zgłaszającej się do porodu należy zweryfikować badania na obecność antygeny HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (z 33–37 tygodnia ciąży). W razie braku aktualnych badań należy je niezwłocznie wykonać.

IX. Postępowanie w I okresie porodu

1. 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 przebiegłych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi kobiety,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia i oszacowanie wielkości płodu,
 - g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu i ciągłości pęcherza płodowego,
 - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy,
 - 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,
 - m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego, wyłącznie na życzenie rodzącej,
 - n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej, jeżeli sytuacja tego wymaga,
 - o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
 - p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).
2. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż pół cm na godzinę, oceniane w odstępach czterogodzinnych. W sytuacji rozpoznania braku postępu porodu w I okresie do opieki włącza się lekarz położnik.
3. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:
 - 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
 - a) dokonywanie oceny postępu porodu zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami prowadzenia porodu,
 - b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
 - 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej;
 - 3) dokonywania oceny stanu rodzącej przez:
 - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju oczekiwanego wsparcia,
 - b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (temperatura ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych), stanu śluzówek co dwie godziny oraz kontrolę wypełnienia pęcherza moczowego co dwie godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - 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 kardiografu należy prowadzić w medycznie uzasadnionych przypadkach. W sytuacjach wątpliwych konieczne wykonanie przynajmniej trzydziestominutowego zapisu kardiograficznego;
- 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.

X. Postępowanie w II okresie porodu

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

XI. Postępowanie w III okresie porodu

1. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć jednej godziny.
2. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących działań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
 - 2) okazania noworodka matce, poinformowania o jego płci i godzinie porodu;
 - 3) założenia noworodkowi opasek identyfikacyjnych, przed jego odpepnieniem, po wcześniejszym odczytaniu i potwierdzeniu przez matkę zawartych na nich danych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 36 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.);

- 4) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia, jednak nie wcześniej niż po upływie jednej minuty od urodzenia się dziecka;
 - 5) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
 - 6) oceny stanu noworodka – w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych z aktualnymi zaleceniami Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - 7) osuszenia noworodka po wydobyciu i położenia go na brzuchu matki w kontakcie „skóra do skóry”, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła;
 - 8) obserwacji przebiegu kontaktu matki i dziecka „skóra do skóry” i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
 - 9) podania produktów leczniczych w uzasadnionych sytuacjach;
 - 10) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodniego, a w przypadku nacięcia krocza – jego rozległości;
 - 11) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
 - 12) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
 - 13) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska;
 - 14) oceny kompletności płodu;
 - 15) oceny ilości krwi utraconej podczas porodu.
3. Aktywne wydalanie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Poza przypadkami krwotoku niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy oraz pociąganie za pępowinę.

XII. Postępowanie w IV okresie porodu

1. 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 rodniego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
 - 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodniego 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 pogoju;
 - 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.
2. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w czasie porodu nie powinna przekraczać 500 ml krwi.

XIII. Opieka nad noworodkiem

1. Opieka w oddziale porodowym lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:
 - 1) w sali porodowej znajduje się stanowisko noworodkowe wyposażone w: promiennik ciepła, układ do wspomaganie oddychania (resuscytator), zegar Apgar, ssak, kardiomonitor, wagę;
 - 2) stanowisko noworodkowe jest przeznaczone do:
 - a) badania noworodka,
 - b) wykonywania procedur u noworodków z zaburzeniami pierwszego oddechu,
 - c) resuscytacji noworodka;
 - 3) sala do cięć cesarskich w podmiotach leczniczych posiadających oddziały o II i III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej jest wyposażona w dwa stanowiska do resuscytacji;
 - 4) opieka pielęgniacyjna nad położnicą i noworodkiem jest realizowana przez położną;

- 5) położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:
 - a) dokonuje oznakowania noworodka, zaciśnięcia i przecięcia pępowiny, o których mowa w części XI ust. 2 pkt 3–5,
 - b) ocenia noworodka wg skali Apgar; ocena ta powinna być wykonywana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne,
 - c) nadzoruje pierwsze karmienie piersią,
 - d) wykonuje procedury postępowania ze zdrowym noworodkiem (profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka zgodnie z zaleceniami, profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K zgodnie z aktualnymi zaleceniami, szczepienia według aktualnego Programu Szczepień Ochronnych);
 - 6) w sali porodowej, w której rodzi się noworodek, znajduje się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętności resuscytacji, potwierdzone certyfikatem ukończenia kursu resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji;
 - 7) obecność lekarza oddziału neonatologicznego w sali porodowej przed lub po urodzeniu noworodka jest wymagana w przypadku:
 - a) porodu zabiegowego,
 - b) porodu przedwczesnego,
 - c) porodu z ryzykiem niedotlenienia okołoporodowego,
 - d) porodu u ciężarnej z patologicznym przebiegiem ciąży,
 - e) porodu u ciężarnej z przewidywanymi lub stwierdzanymi u noworodka wadami wrodzonymi,
 - f) uzasadnionych i udokumentowanych zaburzeń adaptacyjnych w IV okresie porodu;
 - 8) bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, trwający dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany wyłącznie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
2. Opieka w oddziale położniczym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostce lub komórce organizacyjnej podmiotu o tym profilu:
- 1) zdrowy noworodek po pobycie wraz z matką w sali porodowej jest przekazywany do oddziału położniczego zorganizowanego w systemie „matka z dzieckiem”;
 - 2) w okresie pierwszych dwunastu godzin życia noworodka lekarz oddziału neonatologicznego w obecności matki lub ojca przeprowadza badanie kliniczne noworodka; badania tego nie należy wykonywać w okresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 8, jeżeli nie występuje podejrzenie zagrożenia życia lub zdrowia noworodka;
 - 3) noworodki z zaburzeniami stwierdzonymi podczas badania, o którym mowa w pkt 2, mogącymi stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, należy niezwłocznie przekazać do oddziału patologii noworodka o poziomie referencyjnym adekwatnym do jego potrzeb zdrowotnych;
 - 4) wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i obowiązkowe standardowe procedury wykonywane są po przekazaniu informacji i uzyskaniu zgody w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”, o ile stan zdrowia matki na to pozwala;
 - 5) u noworodka podczas pobytu w oddziale położniczym należy wykonać:
 - a) test pulsoksymetryczny,
 - b) przesiewowe badanie słuchu,
 - c) ocenę umiejętności ssania,
 - d) pobranie badania przesiewowego na bibułę (badanie suchej kropli krwi),
 - e) obowiązkowe szczepienia po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej;
 - 6) noworodkowi należy założyć kartę uodpornienia;
 - 7) w dniu wypisu należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje dotyczące:
 - a) istotnych danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu,
 - b) wykonanych pomiarów antropometrycznych,
 - c) wykonanych szczepień ochronnych,

- d) wykonanych badań przesiewowych,
 - e) wykonanych czynności profilaktycznych,
 - f) pobytu dziecka w szpitalu,
 - g) wydanych zaleceń żywieniowych, pielęgnacyjnych, przeprowadzonego instruktażu matki w zakresie przystawiania do piersi i zasad karmienia piersią oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych;
- 8) należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym dokumentację noworodka określoną przepisami o aktach stanu cywilnego;
 - 9) podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; zgłoszenie o porodzie zawiera:
 - a) imię i nazwisko matki,
 - b) numer PESEL matki albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL,
 - c) godzinę i datę urodzenia dziecka,
 - d) płeć dziecka,
 - e) adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu, oraz numer telefonu kontaktowego,
 - f) czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia;
 - 10) przekazanie zgłoszenia o porodzie następuje w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru; potwierdzenie odbioru jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka lub odrębnego rejestru zgłoszeń o porodzie prowadzonego przez podmiot wykonujący działalność leczniczą dokonujący jego wypisu;
 - 11) w przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 12) podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku zaobserwowania zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu;
 - 13) przepisu pkt 12 nie stosuje się, w przypadku gdy matka noworodka jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), korzystającą ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej podczas pobytu czasowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) albo certyfikatu czasowego zastępującego EKUZ.
3. Należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:
- 1) dostarczenie matce przez położną sprawującą opiekę nad matką i dzieckiem informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;
 - 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia dziecka do piersi uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na przynajmniej 15 minut do każdej piersi, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszych dwunastu godzin życia dziecka, kiedy z powodu obniżonej aktywności dziecka wybudzenie nie jest wymagane co trzy godziny;
 - 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
 - 4) dokonywanie, w pierwszych dniach po urodzeniu, bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczba karmień, stolców i mikcji na dobę, czas trwania i rytm odgłosu polykania podczas karmienia, przyrost masy tzw. wskaźniki skutecznego karmienia), których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej; w przypadku stwierdzenia nieskutecznego kar-

- mienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie oceny umiejętności ssania i wdroyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania, który zgodnie z aktualną wiedzą nie zwiększy ryzyka pojawienia się problemów ze ssaniem piersi i laktacją. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej;
- 5) podawanie sztucznego mleka początkowego wyłącznie na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu;
 - 6) przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;
 - 7) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka;
 - 8) zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego;
 - 9) noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem biologicznej matki, zaleca się podawanie mleka z banku mleka kobiecego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia. Równoległe rekomenduje się prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki dziecka;
 - 10) w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami nie prowadzi się działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią.

XIV. Połóg

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.
2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:
 - 1) stanu ogólnego położnicy;
 - 2) stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów położniczych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek oraz ocenę rany, w przypadku zakończenia ciąży lub porodu cięciem cesarskim;
 - 3) laktacji;
 - 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
 - 5) higieny ciała;
 - 6) stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.
3. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach, o których mowa w części XV, lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny położnicy tego wymaga, informując jednocześnie o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających.
4. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:
 - 1) stanu ogólnego noworodka (temperatura ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
 - 2) obecności odruchów noworodkowych;
 - 3) stanu skóry (zażółcenia powłok skórnych, zaczerwienienia – rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypki, ciemieniuchy, zasinienia, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
 - 4) odżywiania – sposobu karmienia (wyłącznie piersią, odciągany pokarmem matki, mieszanką sztuczną, karmienie łączone), przebiegu karmienia (częstość, długość, wielkość porcji, oznaki głodu, nasycenia) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa, inne);
 - 5) oczu (obrząk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniawki);
 - 6) zachowania się dziecka (długość snu, czuwania, nawiązywanie kontaktu);
 - 7) sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubieranie);
 - 8) stanu kikutu pępownicy (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);

- 9) higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
- 10) wykonania badań przesiewowych w ramach programów zdrowotnych oraz szczepień ochronnych.
5. Ocena stanu zdrowia położnicy i noworodka określona w ust. 2 i 4 jest odnotowana w dokumentacji medycznej.
6. Opieka nad położnicą w domu jest realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego zgodnie ze stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.
7. Podmiot wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w części XIII ust. 2 pkt 9.
8. Położna wykonuje nie mniej niż cztery wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).
9. Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka oraz poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.
10. Podczas wizyt położna w szczególności:
 - 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
 - 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;
 - 3) udziela porad na temat opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji;
 - 4) ocenia, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;
 - 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia położnicy ze strony osoby bliskiej;
 - 6) zwraca uwagę na relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;
 - 7) zachęca matkę do karmienia naturalnego, udziela porady laktacyjnej z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodzenia w laktacji, pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
 - 8) udziela instruktażu w zakresie czynności higienicznych u noworodka, w tym: techniki kąpieli noworodka, pielęgnowania skóry, pielęgnacji kikutu pępownicy i dna pępka;
 - 9) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
 - 10) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza położnika w ósmym tygodniu od urodzenia dziecka;
 - 11) udziela porad na temat zdrowego stylu życia;
 - 12) udziela porad na temat minimalizowania i radzenia sobie ze stresem;
 - 13) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu na zdrowie, przenikania alkoholu do mleka matki i jego wpływu na rozwój dziecka, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, powrotu płodności po porodzie, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w położu, odżywiania matki karmiącej, korzyści z karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją, samoopieki położnicy i pielęgnacji dziecka;
 - 14) realizuje świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne samodzielnie lub na zlecenie lekarskie;
 - 15) zdejmuje szwy z krocza i brzucha w zakresie swoich kompetencji, jeżeli zachodzi taka potrzeba;
 - 16) realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;
 - 17) motywuje do prowadzenia gimnastyki oraz udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w położu;
 - 18) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu położu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
 - 19) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w położu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy oraz wskazuje instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc.
11. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u matki i dziecka, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej.
12. Po ukończeniu przez dziecko 8. tygodnia życia opiekę nad nim sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego kontynuuje położna.

XV. Opieka nad kobietą w sytuacjach szczególnych

1. Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym wykonującym działalność w zakresie opieki okołoporodowej, pod których opieką znajduje się kobieta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz są informowane o przebywaniu danej kobiety w tym podmiocie celem uwrażliwienia na jej sytuację.
3. Kobięcie w sytuacji, o której mowa w ust. 1, zapewnia się pomoc, realizowaną w następujący sposób:
 - 1) przy przekazywaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej matki i jej dziecka osoba sprawująca opiekę jest obowiązana zapewnić kobiecie na jej życzenie czas pozwalający na oswojenie się z informacją, przed udzieleniem szczegółowych wyjaśnień, zanim kobieta będzie współuczestniczyła w procesie dalszego podejmowania decyzji, chyba że dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych jest niezbędne;
 - 2) po przekazaniu informacji należy umożliwić kobiecie skorzystanie możliwie szybko z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich, zgodnie z życzeniem kobiety;
 - 3) kobiety w sytuacji, o której mowa w ust. 1, w miarę możliwości nie umieszcza się w sali razem z kobietami w okresie ciąży, bądź w porożu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;
 - 4) kobietę w sytuacji, o której mowa w ust. 1, przebywającą w oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do kobiety po utracie dziecka; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania podczas pobytu w oddziale; badania i zabiegi wykonuje się w intymnej atmosferze;
 - 5) kobiecie należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę;
 - 6) w celu nawiązania dobrego kontaktu z kobietą osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nad kobietą, w szczególności:
 - a) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad kobietą,
 - b) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
 - c) szanują jej prywatność i poczucie intymności,
 - d) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie zabiegów i badań;
 - 7) kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;
 - 8) kobiecie udziela się także wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i przysługujących jej prawach;
 - 9) w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porożu, należy poinformować o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;
 - 10) kobiecie udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła, jak również o możliwości pochówku;
 - 11) osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach, o których mowa w ust. 1;
 - 12) kobieta otrzymuje opiekę laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w sytuacjach, o których mowa w ust. 1.