



# PLAN DE NAISSANCE

La préparation d'un plan de naissance vous donnera l'occasion de réfléchir avec votre partenaire aux divers choix qui s'offrent à vous durant le travail et l'accouchement. Assurez-vous de discuter de vos souhaits et de vos inquiétudes avec votre médecin ou votre sage-femme avant l'accouchement.

naître  
ET grandir

## 1 JE M'APPELLE :

\_\_\_\_\_

PENDANT MON ACCOUCHEMENT, JE SERAI  
ACCOMPAGNÉE PAR :

\_\_\_\_\_

## 2 PENDANT LE TRAVAIL, J'AIMERAIS :

- écouter de la musique;
- que les lumières soient tamisées;
- utiliser l'aromathérapie;
- porter mes propres vêtements;
- pouvoir manger et boire si j'en ressens le besoin;
- pouvoir me déplacer librement.

## 3 JE SOUHAITERAIS AUSSI :

- être informée de toutes les [interventions](#) avant qu'elles soient posées;
- qu'on limite le va-et-vient du personnel dans ma chambre;
- éviter la présence d'étudiants en médecine;
- qu'on utilise uniquement des appareils portatifs de façon intermittente pour vérifier l'état de mon bébé.

## 4 J'APPRÉCIERAI SI LES [EXAMENS VAGINAUX](#) ÉTAIENT FAITS :

- à ma demande seulement;
- lorsque l'équipe médicale le juge nécessaire.

## 5 POUR SOULAGER LA DOULEUR, J'AIMERAIS AVOIR RECOURS AUX MÉTHODES SUIVANTES :

- [autohypnose](#)
- [bain/douche](#)
- [ballon thérapeutique](#)
- [injections de papules d'eau](#)
- [massages](#)
- [réflexologie ou accupression](#)
- [respiration et technique de relaxation](#)
- [technique Bonapace](#)
- [TENS](#)
- [utilisation du chaud/froid](#)

## 6 EN CE QUI CONCERNE LES MÉTHODES PHARMACOLOGIQUES DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ([PROTOXYDE D'AZOTE](#), CALMANT, [ÉPIDURALE](#)), JE PRÉFÉRERAI :

- qu'on me les offre pour soulager la douleur au besoin;
- qu'on ne me les offre pas à moins que j'en fasse la demande.

## 7 DANS LA MESURE DU POSSIBLE, JE SOUHAITERAIS ÉVITER LES INTERVENTIONS SUIVANTES :

- [anesthésie locale à la poussée](#)
- bloc honteux
- [épisiotomie](#)
- [gel de prostaglandine ou ballonnet](#)
- forceps ou ventouse
- [installation d'un soluté](#) ou accès veineux
- lavements
- rasage de la région pubienne

## 8 SI LE TRAVAIL RALENTIT, J'AIMERAIS QU'ON PRIVILÉGIE LES TECHNIQUES SUIVANTES POUR LE [STIMULER](#) :

- la marche et le mouvement
- la réflexologie
- [la rupture artificielle des membranes](#);
- la stimulation des seins
- le bain ou la douche
- [l'injection d'ocytocine synthétique](#);
- Je préférerais qu'on évite la stimulation et qu'on laisse au bébé le temps dont il a besoin.

SUITE ↓

# PLAN DE NAISSANCE

**9** LORSQUE VIENDRA **LE TEMPS DE POUSSER**, J'AIMERAIS UTILISER LES POSITIONS SUIVANTES :

- accroupie
- à quatre pattes
- couchée sur le dos
- debout
- semi-assise
- sur le côté

**10** POUR M'AIDER À POUSSER, JE SOUHAITE :

- utiliser un miroir pour voir arriver le bébé;
- utiliser un banc de naissance;
- qu'on masse mon périnée;
- qu'on applique des compresses chaudes sur mon périnée;
- que la personne qui m'accompagne participe;
- qu'on me conseille sur la façon de pousser;
- qu'on me laisse pousser selon mes besoins.

**11** SI UNE **CÉSARIENNE** S'AVÉRAIT NÉCESSAIRE, JE PRÉFÉRERAIS :

- recevoir une analgésie locale plutôt qu'une anesthésie générale;
- que les soins préparatoires (rasage, sonde urinaire) soient faits après l'administration de l'anesthésie;
- que la personne qui m'accompagne assiste à la chirurgie.

**12** À LA NAISSANCE DE MON BÉBÉ, J'AIMERAIS :

- qu'il soit déposé immédiatement en peau à peau sur mon ventre;
- qu'il soit remis à la personne qui m'accompagne si je suis inconfortable;
- qu'on attende deux minutes après la naissance pour couper le cordon;
- que le cordon ait cessé de battre avant qu'on le coupe;
- couper moi-même le cordon;
- que la personne qui m'accompagne coupe le cordon.

**13** J'ACCEPTÉ QUE MON BÉBÉ REÇOIVE LES SOINS SUIVANTS :

- aspiration des sécrétions (nez, bouche)
- bain
- injection de vitamine K dans la cuisse
- onguent antibiotique dans les yeux
- Je voudrais que ces soins et l'examen du bébé aient lieu après la première tétée.

**14** POUR **L'EXPULSION DU PLACENTA**, J'AIMERAIS :

- recevoir une injection d'ocytocine pour accélérer l'expulsion;
- que l'expulsion soit naturelle et sans intervention du personnel soignant.

**15** JE SOUHAITE :

- allaiter mon bébé et qu'il ne reçoive pas de suppléments de préparations lactées;
- allaiter mon bébé et qu'on lui offre des suppléments de préparations lactées seulement avec mon autorisation;
- nourrir mon bébé avec des préparations lactées.

**16** JE CROIS QUE L'INFORMATION SUIVANTE VOUS SERA UTILE :

---

---

---

Signature de la mère

Signature du conjoint/e

Signature du médecin/sage-femme