



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 28 sierpnia 2026 r.

Poz. 1140

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 18 sierpnia 2026 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

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 2019 r. poz. 1461 oraz z 2026 r. poz. 912) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1525).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1525), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: wz. *K. Kęcka*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 18 sierpnia 2026 r. (Dz. U. poz. 1140)

**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 2026 r. poz. 156 i 972) 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.²⁾

¹⁾ Na dzień ogłoszenia obwieszczenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej działem administracji rządowej – zdrowie kieruje Minister Zdrowia, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

²⁾ 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, porożu 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, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), które utraciły 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).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 1140)³⁾

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 ciąży, kobietą rodzącą, kobietą w połogu oraz nad noworodkiem, zwany dalej „standardem”, określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrostanu zdrowia matki i dziecka przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych, w szczególności:
 - 1) amniotomii,
 - 2) indukcji porodu,
 - 3) stymulacji czynności skurczowej,
 - 4) ciągłego monitorowania KTG w porodzie fizjologicznym,
 - 5) farmakoterapii,
 - 6) nacięcia krocza,
 - 7) cięcia cesarskiego,
 - 8) podania noworodkowi preparatów do początkowego żywienia niemowląt– z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach popartych dowodami naukowymi i zgodnych z aktualną wiedzą medyczną.
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej ustalają wskaźniki tej opieki i monitorują je, nierzadziej 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, są określone w regulaminie organizacyjnym 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 popłodu;
 - 4) IV okres porodu – okres trwający 2 godziny 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 kobietę w ciąży, kobietę rodzącą albo kobietę w połogu;
 - 7) kobieta ze szczególnymi potrzebami – osobę ze szczególnymi potrzebami, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411);
 - 8) osoba sprawująca opiekę:
 - a) położną,
 - b) lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub 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, lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii, zwanych dalej „lekarzem oddziału neonatologicznego”,
 - d) pielęgniarkę specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego– sprawujących odpowiednio opiekę nad kobietą w ciąży, kobietą rodzącą, kobietą w połogu albo nad noworodkiem;

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1525), które weszło w życie z dniem 7 maja 2026 r.

- 9) lekarz wykonujący analgezję regionalną kobiety rodzącej:
 - a) lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie:
 - anestezjologii lub
 - anestezjologii i reanimacji, lub
 - anestezjologii i intensywnej terapii,
 - b) lekarza, który uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
 - c) lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu analgezji regionalnej kobiety rodzącej, pod warunkiem uzyskania pisemnej zgody lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii,
 - 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,
 - e) w przypadku kobiet rodzących ocenionych na II lub III stopień w skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) – lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii po ukończeniu czwartego roku szkolenia, wyłącznie w miejscu odbywania specjalizacji, pod warunkiem zaliczenia stażu kierunkowego w anestezji w położnictwie i uzyskania pisemnej zgody kierownika specjalizacji i osoby kierującej oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii

– zwanych dalej „lekarzem anestezjologiem”;
 - 10) 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;
 - 11) 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;
 - 12) połóg – okres rozpoczynający się po porodzie i trwający sześć tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem;
 - 13) poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia, utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania, w którego wyniku noworodek rodzi się z położenia główkowego między ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży oraz po którym matka i noworodek są w dobrym stanie;
 - 14) edukacja przedporodowa – praktyczne i teoretyczne przygotowanie kobiety w ciąży oraz ojca dziecka mającego się urodzić lub innej osoby bliskiej do podejmowania zachowań prozdrowotnych w ciąży, podczas porodu i 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 i interwencji medycznych oraz na łagodzenie lęku i niepokoju związanego z porodem, wzmocnienie zdrowia i poprawę samopoczucia matek i dzieci.
5. Ingerencja w przebieg ciąży fizjologicznej, poród, połóg lub laktację może nastąpić wyłącznie ze wskazań uzasadnionych medycznie. Leczenie chorób przewlekłych w trakcie ciąży lub pojawiających się innych powikłań ciąży lub konieczność porodu zabiegowego oznaczają, że ciąża, poród, połóg lub laktacja wymagają zastosowania dodatkowych procedur medycznych wykraczających poza standard. Każda ingerencja medyczna powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej, wraz z uzasadnieniem wskazującym przyczynę jej zastosowania oraz szczegółowo opisującym zastosowane procedury medyczne.
 6. Kobietę w ciąży lub rodzącą kieruje się do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych 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 ciążą fizjologiczną, porodem i pościem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży, II poziom opieki perinatalnej obejmuje również opiekę nad ciążą o patologii średniego stopnia, a III poziom opieki perinatalnej obejmuje ponadto opiekę nad ciążą o najcięższej patologii.

7. Osoba sprawująca opiekę odnotowuje w dokumentacji medycznej dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia kobiety rodzącej lub noworodka opieką oraz zakończenia opieki, z adnotacją zawierającą dane podmiotu leczniczego, indywidualnej lub grupowej praktyki położnej lub zespołu ratownictwa medycznego, który tę opiekę przejmuje.
8. Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:
 - 1) ocenę stanu zdrowia kobiety w ciąży, kobiety rodzącej, kobiety w położu oraz płodu i noworodka;
 - 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie patologii ciąży, porodu lub położu;
 - 3) sprawdzenie posiadanych przez 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 kobietą w ciąży, kobietą rodzącą, kobietą w położu i nad noworodkiem;
 - 6) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka powikłań lub pojawią się powikłania uzasadniające takie działanie;
 - 7) wsparcie kobiety rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz w położu;
 - 8) zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała;
 - 9) w przypadku podejrzenia wystąpienia przemoc domowej – zgłoszenie przez wszczęcie procedury „Niebieskie Karty”, w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa – powiadomienie Policji lub prokuratury, a w przypadku podejrzenia zagrożenia dobra dziecka – złożenie wniosku o wgląd w sytuację dziecka do sądu rodzinnopiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka;
 - 10) promowanie i wspieranie karmienia piersią jako optymalnego sposobu żywienia, a także dostarczanie matce informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji i karmienia piersią.
9. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad kobietą 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 i wentylacji płuc;
 - 5) utrzymaniu czynności życiowych.
10. Jeżeli osobą sprawującą opiekę jest położna, w przypadku wystąpienia objawów patologicznych niezwłocznie przekazuje ona kobietę w ciąży lub kobietę rodzącą, lub kobietę w położu i noworodka pod opiekę lekarza położnika, a w przypadku porodu w środowisku domowym – zespołowi ratownictwa medycznego transportującego kobietę rodzącą lub kobietę w położu i noworodka do szpitala. Położna odnotowuje w dokumentacji medycznej dokładny czas przekazania kobiety w ciąży lub kobiety rodzącej, lub kobiety w położu i noworodka pod opiekę lekarza położnika, dane dotyczące stanu ogólnego kobiety w ciąży lub kobiety rodzącej, lub kobiety w położu, a także odpowiednio płodu lub noworodka oraz dane dotyczące dotychczasowego przebiegu ciąży, porodu i położu. Adnotacja jest podpisywana przez położną i lekarza położnika. W przypadku gdy przekazanie opieki następuje w czasie porodu, położna sprawuje dalszą opiekę pod nadzorem lekarza położnika, który przejmuje odpowiedzialność za prowadzenie porodu patologicznego. W przypadku różnicy w ocenie aktualnej sytuacji między osobą przekazującą a osobą przejmującą opiekę fakt ten odnotowują położna oraz lekarz położnik w dokumentacji medycznej.
11. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej zapewnia dostępność personelu posiadającego kompetencje i kwalifikacje w zakresie resuscytacji noworodka, w tym intubacji tchawicy noworodka, oraz możliwość niezwłocznego przeniesienia noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie jego zdrowia i życia, do oddziału neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego odpowiednią dla jego stanu zdrowia opiekę neonatologiczną. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi leczniczemu przejmującemu opiekę nad noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.
12. Podmiot leczniczy zapewnia dostępność personelu posiadającego kompetencje i kwalifikacje w zakresie resuscytacji kobiety w ciąży, kobiety rodzącej lub kobiety w położu, w tym w zakresie intubacji tchawicy, oraz możliwość niezwłocznego przeniesienia kobiety w ciąży, kobiety rodzącej lub kobiety w położu, w czasie zapewniającym zachowanie jej zdrowia i życia, do oddziału zapewniającego opiekę właściwą do jej stanu zdrowia. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi leczniczemu przejmującemu opiekę nad kobietą w ciąży, kobietą rodzącą lub kobietą w położu kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej.

13. Osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych zapewnia ciągłość opieki nad kobietą w czasie porodu oraz w położu. Jeżeli osoba ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią organizację opieki przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania kobiety rodzącej lub kobiety w położu i noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia czynników ryzyka powikłań okołoporodowych w trakcie porodu lub czynników ryzyka powikłań płodu lub noworodka. W przypadku zaistnienia konieczności transportu kobiety rodzącej lub kobiety w położu i noworodka osoba sprawująca opiekę w warunkach pozaszpitalnych wzywa zespół ratownictwa medycznego, który w momencie podjęcia decyzji o przewiezieniu kobiety rodzącej lub kobiety w położu i noworodka przejmuje opiekę nad pacjentką lub pacjentką i noworodkiem i sprawuje ją do chwili przekazania tej opieki szpitalowi.
14. Podjęcie decyzji o porodzie w warunkach pozaszpitalnych musi być poprzedzone omówieniem czynników ryzyka przez osobę sprawującą opiekę i ustaleniem sposobu postępowania w przypadku pojawienia się komplikacji. Informacje w tym zakresie kobieta w ciąży odnotowuje w planie porodu.
15. Kobiecie rodzącej w podmiocie leczniczym zapewnia się możliwość korzystania w szczególności z piłki, drabinki, wanny lub prysznicza, materaca, stołka porodowego, również z wykorzystaniem ruchomych parawanów umożliwiających zapewnienie intymności.
16. Realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na:
 - 1) respektowaniu prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z ciążą, porodem, położem oraz opieką nad noworodkiem, obejmujących zakres podejmowanych działań i procedur medycznych stosowanych w opiece okołoporodowej;
 - 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 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	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 7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie 8. Przekazanie informacji o szczepieniach zalecanych w ciąży 9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek, a w przypadku gdy kobieta spożywa alkohol lub korzysta z innych substancji psychoaktywnych – skierowanie jej do ośrodka udzielającego pomocy w tym zakresie	1. Grupa krwi i Rh, o ile kobieta w ciąży nie ma odpowiednio potwierdzonego badania grupy krwi 2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych 3. Morfologia krwi i stężenie ferrytyny 4. Badanie ogólne moczu 5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu 12 miesięcy przed ciążą 6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM 7. Badanie VDRL 8. Kontrola stomatologiczna 9. Badanie HIV i HCV 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile kobieta w ciąży nie przedstawi wyniku potwierdzającego

	10. Rozpoczęcie edukacji przedporodowej 11. W przypadku opieki sprawowanej przez lekarza położnika – obowiązek skierowania do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu edukacji przedporodowej	występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży 11. Oznaczenie TSH 12. Badanie antygenu HBs
Od 11. do 14. tygodnia ciąży	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 7. Edukacja przedporodowa	Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP)
Od 15. do 20. tygodnia ciąży	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 3. Pomiar masy ciała 4. Ocena ryzyka ciążowego 5. Propagowanie zdrowego stylu życia 6. Edukacja przedporodowa	1. Morfologia krwi 2. Badanie ogólne moczu
Od 18. do 22. tygodnia ciąży		Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP
Od 21. do 26. tygodnia ciąży	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. Edukacja przedporodowa 8. W przypadku gdy kobieta nie korzystała jeszcze z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej – ponowne skierowanie jej do takiej opieki przez lekarza położnika	1. Badanie ogólne moczu 2. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) u kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze
Od 24. do 28. tygodnia ciąży		1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 godzinie i 2 godzinach od podania glukozy 2. Przeciwciała anty-D u kobiet Rh ujemnych

Od 27. do 32. tygodnia ciąży	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. Edukacja przedporodowa z uwzględnieniem analgezji kobiety rodzącej	1. Morfologia krwi 2. Badanie ogólne moczu 3. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP 4. W przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anty-D (od 28. do 30. tygodnia ciąży)
Od 33. do 37. tygodnia ciąży	1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie położnicze 3. Ocena czynności serca płodu 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 5. Ocena ruchów płodu 6. Badanie gruczołów sutkowych 7. Pomiar masy ciała 8. Ocena ryzyka ciążowego ze wskazaniem zalecanego miejsca odbywania porodu (poziom referencji) 9. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji 10. Propagowanie zdrowego stylu życia 11. Edukacja przedporodowa	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 (od 35. do 37. tygodnia ciąży) 6. Badanie VDRL i HCV wyłącznie u kobiet ze zwiększonym ryzykiem zakażenia 7. Konsultacja anestezjologiczna dla kobiet decydujących się na łagodzenie bólu porodowego z zastosowaniem analgezji regionalnej
Od 38. do 39. tygodnia ciąży	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. Edukacja przedporodowa	1. Badanie ogólne moczu 2. Morfologia krwi 3. Konsultacja anestezjologiczna dla kobiet decydujących się na łagodzenie bólu porodowego z zastosowaniem analgezji regionalnej, jeżeli nie odbyła się między 33. a 37. tygodniem ciąży
Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży	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	1. Badanie KTG 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP 3. Konsultacja anestezjologiczna dla kobiet decydujących się na łagodzenie bólu porodowego z zastosowaniem analgezji regionalnej, jeżeli nie odbyła się między 33. a 39. tygodniem ciąży

	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 odbył się przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy – indywidualizacja postępowania 8. Edukacja przedporodowa	
--	---	--

1. Osoba sprawująca opiekę:

- 1) jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, ma obowiązek poinformowania kobiety o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje ją do tej położnej 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 kobiety w ciąży 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 numeru telefonu kontaktowego lub adresu poczty elektronicznej;
 - 3) zleca wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia kobiety w ciąży lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu; dodatkowo zaleca się, aby kobieta w ciąży (najlepiej do końca 12. tygodnia ciąży) została objęta badaniem ultrasonograficznym piersi, gdy ma zmiany kliniczne w piersi lub gdy obciążenie rodzinne wskazuje u niej na wyższe ryzyko raka piersi; badania ultrasonograficzne piersi u kobiet w ciąży powinny wykonywać osoby posiadające udokumentowane kompetencje potwierdzone certyfikatem w zakresie ultrasonografii piersi wydanym przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników lub Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne.
2. Kobieta w ciąży fizjologicznej powinna być konsultowana nie rzadziej niż co cztery tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, a w uzasadnionych przypadkach – częściej.

III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań okołoporodowych

1. Do czynników ryzyka powikłań okołoporodowych identyfikowanych na podstawie wywiadu przeprowadzonego podczas ciąży oraz przed porodem zalicza się w szczególności:
 - 1) choroby kobiety w ciąży, w szczególności choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, choroby neurologiczne, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby wątroby, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia krwi, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy, otyłość, wrodzone wady metabolizmu, choroby onkologiczne, stan po transplantacji narządów, stan po leczeniu immunosupresyjnym;
 - 2) zakażenie wirusem HIV, HCV, HBV, kiłą, toksoplazmozą;
 - 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) przeżyty 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 dotyczących pęknięcia krocza III i IV stopnia, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wycięciu macicy;
 - 9) sytuację, gdy kobieta w ciąży jest pierworódką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
 - 10) sytuację, gdy kobieta w ciąży jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu czworga dzieci;

- 11) przewlekłe zakażenie u kobiety w ciąży lub jego podejrzenie lub wystąpienie temperatury ciała powyżej 38 °C częściej niż raz w ciąży;
 - 12) używanie substancji psychoaktywnych, produktów leczniczych, alkoholu lub nikotyny w ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę;
 - 13) rozpoznanie choroby psychicznej, rozpoznanie depresji lub próby samobójcze, zachowania autoagresywne, zaburzenia odżywiania, doznanie przemocy seksualnej, zaburzenia psychiczne związane z wcześniejszym porodem.
2. Do czynników ryzyka powikłań okołoporodowych identyfikowanych w 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, małopłytkowość i odchylenia w zakresie parametrów układu krzepnięcia krwi;
 - 5) cukrzycę ciążową lub cukrzycę w ciąży, otyłość;
 - 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, makrosomię płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniaki macicy, ciążę wielopłodową, niewspółmierność maczyno-płodową);
 - 10) zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo-szyjkową);
 - 11) nieprawidłową lokalizację łożyska;
 - 12) ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami;
 - 13) przekroczenie 41. tygodnia ciąży lub niepewność co do przewidywanego 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 powikłań okołoporodowych identyfikowanych w trakcie porodu zalicza się w szczególności:
- 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godzin);
 - 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy mimo stosowania uterotoników;
 - 3) opryszczkę genitalną;
 - 4) konieczność indukcji lub stymulacji porodu;
 - 5) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
 - 6) temperaturę ciała powyżej 38 °C;
 - 7) okołoporodową utratę krwi w objętości przekraczającej 20 % objętości krwi krążącej w odniesieniu do BMI pacjentki;
 - 8) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
 - 9) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
 - 10) wstrząs;
 - 11) pęknięcie krocza III lub IV stopnia;
 - 12) wyciowanie macicy;
 - 13) pęknięcie macicy.
4. Do czynników ryzyka powikłań okołoporodowych 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 piątej minucie po urodzeniu;
 - 7) uraz okołoporodowy;
 - 8) zaburzenia oddychania;
 - 9) narażenie na hipotermię okołoporodową;
 - 10) wczesne krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego (OUN).
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, kobieta w ciąży, kobieta rodząca, kobieta w położu 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 kobiety w ciąży czynniki ryzyka okołoporodowego osoba sprawująca opiekę omawia z kobietą w ciąży lub z jej przedstawicielem ustawowym, tak aby zapewnić jej 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 ustalenia dokonane w porozumieniu z kobietą w ciąży osoba sprawująca opiekę każdorazowo odnotowuje w dokumentacji medycznej.

IV. Edukacja przedporodowa

1. Za prowadzenie edukacji przedporodowej, która obejmuje wymiar godzin dostosowany do potrzeb kobiety w ciąży, 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 obejmujący ciążę, poród, połóg oraz wsparcie społeczne kobiety w ciąży, kobiety w położu i rodziny w okresie okołoporodowym jest skierowany do kobiety w ciąży, ojca dziecka mającego się urodzić lub innej osoby bliskiej wskazanej przez kobietę w ciąży.
3. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący ciąży obejmuje w szczególności:
 - 1) przebieg ciąży i rozwój dziecka od początku ciąży do porodu – zmiany w organizmie kobiety w ciąży, rozwój dziecka w poszczególnych tygodniach ciąży, rozwój więzi między rodzicami a nienarodzonym dzieckiem, czynniki mające wpływ na ciążę, zdrowie kobiety w ciąży oraz jej dziecka;
 - 2) opiekę w ciąży – dostępne formy opieki medycznej, badania prenatalne, badania diagnostyczne, konsultacje i świadczenia zdrowotne realizowane w poszczególnych trymestrach ciąży, plan opieki przedporodowej, samoobserwację w ciąży;
 - 3) styl życia w ciąży – zasady odżywiania (zasady doboru jakościowego i ilościowego produktów żywnościowych), używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka, aktywność zawodową, aktywność fizyczną kobiet w ciąży o fizjologicznym przebiegu, formy aktywności fizycznej przeciwwskazane w ciąży, zachowania zdrowotne w ciąży, zachowania i czynności uznawane za niebezpieczne dla kobiet w ciąży, farmakoterapię w ciąży;
 - 4) dolegliwości fizyczne i problemy psychiczne w ciąży i sposoby radzenia sobie z nimi, z uwzględnieniem tych, które przemawiają za natychmiastowym kontaktem z lekarzem, położną lub psychologiem;
 - 5) profilaktykę chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym (TORCH – zakażenia w okresie perinatalnym), szczepienia ochronne w okresie okołoporodowym – zalecane, przeciwwskazane, bezpieczeństwo szczepień u kobiet w ciąży i karmiących piersią, szczepienia przed podróżą zagraniczną;
 - 6) profilaktykę zaburzeń uroginekologicznych w okresie okołoporodowym;
 - 7) zagadnienia prawne dotyczące przepisów standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej kobiet w ciąży i matek.
4. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący porodu obejmuje w szczególności:
 - 1) przygotowanie do porodu i plan porodu, w tym preferencje i oczekiwania kobiety rodzącej;
 - 2) czynniki zwiastujące początek porodu, w tym stany nagłe wymagające szybkiej hospitalizacji;

- 3) postępowanie przy przyjęciu do porodu, dokumenty osobiste i dokumentację medyczną niezbędną przy przyjęciu do porodu oraz wyprawkę do szpitala;
 - 4) fizjologię porodu, poród aktywny, poród rodzinny, w tym rolę i zadania osoby bliskiej podczas porodu, wybór miejsca porodu, w tym uwarunkowania, wskazania, przeciwwskazania;
 - 5) pozycje wykorzystywane w I i II okresie porodu (pozycje wertykalne) i sprzęt pomocny w trakcie porodu;
 - 6) łagodzenie bólu porodowego;
 - 7) kontakt matki z noworodkiem skóra do skóry, w tym inicjację karmienia piersią;
 - 8) cięcie cesarskie – główne wskazania, zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim.
5. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połogu) obejmuje w szczególności:
- 1) opiekę w połogu – przebieg połogu, powrót płodności po porodzie oraz psychologiczne aspekty i problemy psychiczne w połogu, styl życia w połogu, opiekę w połogu w środowisku domowym, profilaktykę zaburzeń uroginekologicznych, leczenie ewentualnego bólu przewlekłego po porodzie;
 - 2) karmienie piersią i wsparcie w laktacji, w tym znaczenie karmienia naturalnego, zasady karmienia piersią lub mlekiem kobiecym; utrzymanie laktacji w sytuacji rozdzielenia z dzieckiem lub przeciwwskazania do karmienia, rozwiązywanie problemów związanych z laktacją oraz rolę ojca dziecka mającego się urodzić i innych osób bliskich we wspieraniu matki karmiącej;
 - 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, dolegliwości mogące wzbudzać niepokój u rodziców i sposoby radzenia sobie z nimi, pierwszą pomoc przedmedyczną w sytuacjach nagłych, profilaktykę chorób zakaźnych w wieku noworodkowym i niemowlęcym, w tym szczepienia ochronne, rozwój dziecka w pierwszym roku życia.
6. Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym obejmuje w szczególności informacje dotyczące wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materiałowego), a także informacje o systemie wsparcia w przypadku zjawiska przemocy domowej oraz symptomów wskazujących na jego wystąpienie.
7. Podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzące edukację przedporodową nie prowadzą działań reklamowych ani marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotami służącymi do karmienia niemowląt.

V. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę i kobieta w ciąży 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 kobiety w ciąży do aktualnie obowiązujących programów zdrowotnych, w tym badań prenatalnych i badań echokardiograficznych płodu.
2. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu, w szczególności oczekiwania kobiety w ciąży dotyczące:
 - 1) miejsca i warunków porodu;
 - 2) obecności osoby bliskiej podczas porodu;
 - 3) metod łagodzenia bólu porodowego;
 - 4) zgody lub braku zgody na wykonywanie różnych zabiegów medycznych;
 - 5) wskazania ewentualnych zastrzeżeń co do woli bądź możliwości karmienia piersią;
 - 6) kontaktu skóra do skóry, w tym wskazania ojca dziecka lub innej osoby, która będzie realizowała kontakt skóra do skóry z noworodkiem w sytuacji, w której ten kontakt z matką nie może się odbyć lub musi być przerwany;
 - 7) inicjacji karmienia piersią w trakcie kontaktu skóra do skóry;
 - 8) specjalnych potrzeb i wymagań wynikających na przykład z niepełnosprawności, chorób, konieczności tłumaczenia, wymagań dietetycznych lub uwarunkowań kulturowych.

3. Plan opieki przedporodowej i plan porodu są modyfikowane odpowiednio do sytuacji zdrowotnej kobiety w ciąży, kobiety rodzącej, kobiety po porodzie, płodu i noworodka oraz do zmieniających się potrzeb kobiety i oczekiwań w trakcie opieki przedporodowej.
4. Plan opieki przedporodowej i plan porodu osoba sprawująca opiekę dołącza do indywidualnej zewnętrznej i wewnętrznej dokumentacji medycznej kobiety w ciąży oraz do jej indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej po jej zgłoszeniu się do porodu.
5. Kobiecie w ciąży należy umożliwić wybór miejsca porodu (w warunkach szpitalnych albo pozaszpitalnych) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu, obejmującą wskazania i przeciwwskazania.
6. Kobiecie w ciąży należy umożliwić wcześniejsze zapoznanie się z miejscem porodu i dostępnymi metodami łagodzenia bólu porodowego oraz konsultację anestezjologiczną na wypadek oczekiwanego przez nią zastosowania analgezji regionalnej.
7. W celu zapewnienia odpowiedniej opieki nad kobietą rodzącą zakażoną HIV oraz nad noworodkiem jest zasadne kierowanie jej do porodu do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej i neonatologicznej.
8. W przypadku opieki nad kobietą, która podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym i przekazaniu go do pieczy zastępczej, a następnie do adopcji, plan opieki musi uwzględniać taki sposób postępowania, który uwzględnia jej decyzję.

VI. Postępowanie w trakcie porodu

1. Kobiętę rodzącą traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej udział w podejmowaniu decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać dobry kontakt z kobietą rodzącą i mają świadomość, jak ważne są postawa, słowa kierowane do kobiety rodzącej oraz ton głosu podczas rozmowy. Należy zapytać kobietę rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a uzyskane informacje wykorzystać do wspierania jej podczas porodu.
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z kobietą rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:
 - 1) witają kobietę rodzącą osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
 - 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
 - 3) szanują prywatność kobiety rodzącej i jej poczucie intymności;
 - 4) zapoznają się z planem porodu, omawiają go z kobietą rodzącą, przedstawiają wskazania do stosowania zabiegów medycznych i konsekwencje w przypadku ich niezastosowania; w przypadku braku planu porodu zbierają wywiad dotyczący preferencji porodowych kobiety rodzącej i odnotowują je w dokumentacji; w miarę możliwości stosują postanowienia planu porodu;
 - 5) jeżeli kobieta rodząca wskazała w planie porodu, że nie chce karmić piersią, upewniają się, że otrzymała ona informacje dotyczące konsekwencji związanych z decyzją o niekarmieniu piersią;
 - 6) omawiają z kobietą rodzącą dostępne metody łagodzenia bólu;
 - 7) każdorazowo uzyskują zgodę kobiety rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego na wykonanie zabiegów i badań, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.);
 - 8) udzielają kobiecie rodzącej informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
 - 9) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad kobietą rodzącą informują ją o tym fakcie.
3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
 - 1) zapewnić kobiecie rodzącej ciągłość opieki;
 - 2) dostosować opiekę nad kobietą rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
 - 3) umożliwić kobiecie rodzącej korzystanie ze wsparcia ojca dziecka mającego się urodzić lub innej osoby bliskiej;
 - 4) zachęcać kobietę rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
 - 5) zapewnić kobiecie rodzącej możliwość spożywania klarownych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.

4. Kobieta rodząca powinna mieć możliwość spożywania lekkostrawnych posiłków oraz przyjmowania klarownych płynów w trakcie porodu. Spożywanie posiłków kobieta rodząca konsultuje z osobą sprawującą opiekę.
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. Kobieta rodząca ma prawo do łagodzenia bólu porodowego.
2. Podmiot leczniczy prowadzący szpital zapewnia kobiecie rodzącej dostęp do co najmniej jednej metody farmakologicznego łagodzenia bólu z metod, o których mowa w ust. 12.
3. Kobiecie rodzącej przyjmowanej do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej w celu porodu przekazuje się, w sposób dla niej zrozumiały, informację o przebiegu porodu, metodach łagodzenia bólu porodowego i ich dostępności w tym podmiocie. Ustalenia w zakresie postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego u kobiety rodzącej osoba sprawująca opiekę odnotowuje w dokumentacji medycznej.
4. Osoby sprawujące opiekę nad kobietą rodzącą uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz gradacji metod dostępnych i stosowanych w tym podmiocie, oraz zapewniają kobiecie rodzącej wsparcie w ich zastosowaniu, uwzględniając jej zdanie w tym zakresie.
5. W podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej realizującym opiekę nad kobietą rodzącą opracowuje się, w formie pisemnej, tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, uwzględniający przepisy ust. 1–4 i 7–28 i metody łagodzenia bólu porodowego dostępne w tym podmiocie. Dostępne metody łagodzenia bólu porodowego podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej publikuje na swojej stronie internetowej i aktualizuje nie rzadziej niż raz w roku.
6. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu porodowego akceptuje kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem – jego zastępca do spraw medycznych.
7. Osoby wykonujące zawód medyczny udzielające świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zapoznają się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego, o którym mowa w ust. 5, i potwierdzają zapoznanie się podpisem.
8. Łagodzenie bólu porodowego obejmuje metody nefarmakologiczne i farmakologiczne.
9. Metody nefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują w szczególności:
 - 1) utrzymanie aktywności fizycznej kobiety rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w tym 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.
10. Metody nefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego są stosowane przez położną odpowiedzialną za prowadzenie porodu lub przez osobę bliską, a w porodzie nieprzebiegającym fizjologicznie – przez położną z pomocą osoby bliskiej po poinformowaniu lekarza położnika. Dobór metody jest uzgadniany z kobietą rodzącą.
11. Zakres i częstość monitorowania stanu ogólnego i czynności życiowych rodzącej oraz płodu w czasie stosowania metod nefarmakologicznych łagodzenia bólu porodowego powinny uwzględniać aktualny stan kliniczny kobiety rodzącej.
12. Metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego obejmują:
 - 1) analgezję wziewną;
 - 2) stosowanie dożylnych opioidów;
 - 3) analgezję regionalną i miejscową.

13. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego analgezji wziewnej wymaga dodatkowego monitorowania stanu ogólnego i czynności życiowych kobiety rodzącej i płodu, w sposób określony w ust. 38, a w szczególnych przypadkach – wdrożenia dodatkowych metod monitorowania stanu płodu.
14. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego produktów leczniczych z grupy opioidów wymaga dodatkowego monitorowania stanu kobiety rodzącej i płodu w sposób określony w ust. 38. Ze względu na możliwą zwiększoną szybkość rozwierania szyjki macicy, a tym samym skrócenie trwania pierwszego okresu porodu oraz sedację kobiety rodzącej i możliwość wystąpienia bezdechu, należy uwzględnić aktywne prowadzenie porodu, częstszą kontrolę rozwarcia szyjki macicy i ciągle monitorowanie KTG oraz poziomu sedacji kobiety rodzącej, a także rozpoznanie i leczenie bezdechu.
15. Zastosowanie w łagodzeniu bólu porodowego produktów leczniczych z grupy opioidów wymaga zapewnienia pompy infuzyjnej z możliwością podaży bolusowej przez kobietę rodzącą.
16. Analgezja regionalna obejmuje:
 - 1) analgezję zewnątrzoponową;
 - 2) połączoną analgezję podpajęczynówkową i zewnątrzoponową;
 - 3) analgezję podpajęczynówkową.
17. Analgezja miejscowa obejmuje blokadę nerwu sromowego.
18. Świadczenia zdrowotne w zakresie analgezji regionalnej kobiety rodzącej są udzielane w warunkach umożliwiających bezpośredni dostęp przy łóżku porodowym do źródła tlenu, do aparatu do nieinwazyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego, do pulsoksymetru i do pompy infuzyjnej z możliwością podaży bolusowej przez kobietę rodzącą oraz dostępność monitora EKG i elektrycznego urządzenia do odsysania, zestawu do resuscytacji krążeniowo-oddechowej, defibrylatora i produktów leczniczych.
19. Poród z zastosowaniem analgezji regionalnej jest nadzorowany przez lekarza położnika.
20. Blokada nerwu sromowego jest wykonywana przez lekarza położnika i nie wymaga udziału lekarza anestezjologa.
21. Analgezję regionalną rozpoczyna się w I lub II okresie porodu zgodnie z preferencjami kobiety rodzącej. Analgezja regionalna powinna być kontynuowana podczas II i III okresu porodu zgodnie z preferencjami kobiety rodzącej.
22. Analgezja regionalna jest poprzedzana konsultacją lekarza anestezjologa przeprowadzaną niezwłocznie na zlecenie lekarza położnika, jednak nie później niż 30 minut od zgłoszenia lekarzowi anestezjologowi takiego zlecenia.
23. Przed zastosowaniem analgezji regionalnej kobieta rodząca uzyskuje od lekarza anestezjologa informację o jej przebiegu, jej wpływie na poród i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych. Warunkiem zastosowania analgezji regionalnej jest uzyskanie przez lekarza anestezjologa pisemnej zgody kobiety rodzącej lub jej przedstawiciela ustawowego.
24. Badania poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej u kobiety rodzącej powinny być zgodne z aktualnymi praktykami opartymi na dowodach naukowych i z aktualną wiedzą medyczną i powinny obejmować:
 - 1) badanie fizykalne i ocenę stanu fizycznego kobiety rodzącej według skali ASA;
 - 2) badanie spełnienia kryteriów kwalifikacji do analgezji regionalnej kobiety rodzącej pod postacią blokady centralnej;
 - 3) badania diagnostyczne;
 - 4) badanie położnicze oceniające postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu wykonane przez lekarza położnika, który będzie nadzorował poród i w przypadku powikłań położniczych wdroży odpowiednie postępowanie.
25. W przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem anestezjologiem współpracują położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna.
26. Lekarz anestezjolog może wykonać analgezję zewnątrzoponową u kolejnej kobiety rodzącej pod warunkiem odnotowania przez niego w dokumentacji medycznej stabilnego stanu ogólnego kobiety rodzącej w trakcie analgezji regionalnej, u której wykonał poprzednią procedurę medyczną.
27. Po zakończeniu wykonywania analgezji regionalnej u kobiety rodzącej lekarz anestezjolog przekazuje opiekę nad kobietą rodzącą do dalszego prowadzenia analgezji regionalnej położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej pod nadzorem lekarza położnika, co odnotowuje w dokumentacji medycznej. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia opieki nad kobietą rodzącą.

28. Lekarz anestezjolog nie może w tym samym czasie udzielać innych świadczeń zdrowotnych, chyba że te świadczenia są udzielane w trybie natychmiastowym na rzecz innych kobiet rodzących i są wykonywane na bloku operacyjnym, który znajduje się w obrębie bloku porodowego, na którym są udzielane świadczenia zdrowotne w zakresie analgezji regionalnej u kobiet rodzących.
29. Podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej kobieta rodząca pozostaje pod opieką położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej, której powierza się dalsze prowadzenie analgezji regionalnej u kobiety rodzącej. W dokumentacji medycznej położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna odnotowują dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia opieki nad kobietą rodzącą. Położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna sprawująca opiekę nad kobietą rodzącą w warunkach analgezji regionalnej współpracują z lekarzem położnikiem i lekarzem anestezjologiem zgodnie z procedurami komunikacji ustalonymi w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital, z uwzględnieniem podawania leków do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej zgodnie z pisemnymi zleceniami lekarskimi. Położna anestezjologiczna sprawuje opiekę nad jedną kobietą rodzącą w warunkach analgezji regionalnej.
30. Kobięcie rodzącej, u której wykonuje się analgezję regionalną, lekarz anestezjolog zakłada kartę analgezji regionalnej kobiety rodzącej, w której są dokumentowane wyniki oceny klinicznej dokonanej przed założeniem cewnika do analgezji regionalnej, w tym wyniki badań określonych w ust. 24, dawkowanie produktów leczniczych znieczulenia miejscowego i innych produktów leczniczych, wartości monitorowanych parametrów funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania.
31. Po podaniu produktów leczniczych stosowanych w analgezji regionalnej kobieta rodząca znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza anestezjologa przez co najmniej 30 minut.
32. W ramach monitorowania parametrów 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) częstości oddechów,
 - d) saturacji krwi obwodowej (SpO2),
 - e) częstości akcji serca płodu (FHR),
 - f) stopnia sedacji;
 - 2) pomiary parametrów wymienionych w pkt 1 należy powtarzać nierzadziej niż co 5 minut od podania dawki produktu leczniczego miejscowo znieczulającego inicjującej analgezję przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów kobiety rodzącej i płodu;
 - 3) oceny stanu kobiety rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej dokonuje lekarz anestezjolog nierzadziej niż co 90 minut i położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór;
 - 4) wyniki pomiarów, w tym ocenę rozprzestrzeniania analgezji regionalnej, ocenę poziomu złagodzenia bólu, jego charakteru oraz zdolności kobiety rodzącej do przemieszczania się, odnotowuje położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna w karcie analgezji regionalnej u kobiety rodzącej;
 - 5) przy każdym kolejnym podaniu dawki produktów leczniczych miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej u kobiety rodzącej położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna monitoruje parametry określone w pkt 1.
33. Opieka nad kobietą w położu i noworodkiem po analgezji regionalnej obejmuje:
 - 1) pozostawianie kobiety w położu i noworodka pod opieką położnej lub położnej anestezjologicznej i nadzorem lekarza położnika do chwili ustąpienia ryzyka niewydolności oddechowej oraz wykluczenia innych niebezpiecznych powikłań; w razie pojawienia się komplikacji u noworodka zapewnia się opiekę lekarza oddziału neonatologicznego;
 - 2) dokonanie wstępnej oceny stanu noworodka według skali Apgar, a następnie podjęcie czynności wymienionych w części XIII.
34. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu wymaga wdrożenia indywidualnego schematu postępowania, odpowiedniego do zastosowanej metody i stanu klinicznego kobiety rodzącej. Warunkiem zastosowania tych metod jest uzyskanie zgody kobiety rodzącej, poprzedzonej udzieleniem jej przez lekarza informacji na temat wpływu danej metody na poród i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych. Kobieta rodząca udziela pisemnej zgody na zastosowanie danej farmakologicznej metody łagodzenia bólu.

35. Za prowadzenie porodu, w którym w celu złagodzenia bólu porodowego są stosowane środki farmakologiczne, w tym analgezja regionalna, jest odpowiedzialny lekarz położnik. Za realizację procedury analgezji regionalnej są odpowiedzialni lekarz anestezjolog oraz położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna prowadząca analgezję regionalną po przejęciu opieki nad pacjentką. W dokumentacji medycznej osoba, która przejęła opiekę, odnotowuje dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia opieki nad kobietą rodzącą.
36. W zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi lekarz położnik odpowiedzialny za prowadzenie porodu współpracuje z:
- 1) lekarzem anestezjologiem;
 - 2) położną albo położną anestezjologiczną, albo pielęgniarką anestezjologiczną;
 - 3) lekarzem oddziału neonatologicznego.
37. 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 kobiety rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.
38. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga w czasie stosowania tych metod nadzoru lekarza położnika i położnej oraz dodatkowego monitorowania kobiety rodzącej, kobiety w porożu oraz płodu, obejmującego:
- 1) u kobiety rodzącej i kobiety w porożu ocenę parametrów funkcji życiowych:
 - a) układu oddechowego, w tym liczby oddechów, oraz monitorowanie pulsoksymetrii i poziomu sedacji nie rzadziej niż co 1 godzinę przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, z uwzględnieniem rodzaju zastosowanego opioidu i drogi jego podania; w uzasadnionych przypadkach obserwacja trwa przez co najmniej 12 godzin,
 - b) układu oddechowego w przypadku dożylnego podawania opioidów, w tym liczby oddechów, oraz monitorowanie pulsoksymetrii i poziomu sedacji w sposób ciągły, a także bezpośredni nadzór położnej anestezjologicznej nad jedną kobietą rodzącą,
 - c) układu krążenia, w tym 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.
39. Osoby sprawujące opiekę nad kobietą rodzącą odnotowują podejmowane działania mające na celu łagodzenie bólu porodowego oraz ocenę stanu kobiety rodzącej i płodu w karcie obserwacji przebiegu porodu oraz w przypadku zastosowania analgezji regionalnej – w karcie przebiegu analgezji regionalnej u kobiety rodzącej.

VIII. Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie do porodu następuje przez zgłoszenie się do wybranego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.
2. Miejsce porodu powinno być zgodne z dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych.
3. Początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych.
4. Przebieg porodu jest monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych.
5. Należy zidentyfikować ewentualną potrzebę objęcia kobiety rodzącej śródporodową profilaktyką wystąpienia zakażenia paciorkowcem grupy B (GBS) oraz profilaktyką konfliktu serologicznego zgodnie z zaleceniami, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności – podjąć niezbędne działania profilaktyczne.
6. U każdej kobiety zgłaszającej się do porodu należy zweryfikować badania na obecność antygenu HBs oraz w kierunku zakażenia HIV (od 33. do 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 kobiety rodzącej do porodu, w tym:
 - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) analiza przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie potwierdzonej grupy krwi kobiety, a w przypadku jej braku wykonanie badania,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia i oszacowanie wielkości płodu,
 - g) przeprowadzenie badania położniczego z oceną zaawansowania porodu i ciągłości pęcherza płodowego,
 - h) ocena czynności skurczowej macicy,
 - i) analiza proporcji między płodem a miednicą matki z uwzględnieniem oceny wymiarów miednicy kostnej,
 - j) ocena stanu ogólnego matki,
 - k) ocena występowania czynników ryzyka powikłań okołoporodowych,
 - l) założenie dokumentacji medycznej,
 - m) wykonanie lewatywy i zgolenie owłosienia łonowego wyłącznie na życzenie kobiety rodzącej,
 - n) zakładanie kaniuli 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 nie dochodzi do dalszego rozwierania się szyjki macicy w ciągu czterogodzinnej obserwacji. W sytuacji rozpoznania przez położną w I okresie porodu braku postępu porodu 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 na podstawie badania położniczego 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 (częstość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
 - 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z kobietą rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej;
 - 3) dokonywania oceny stanu kobiety 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 kobiety rodzącej na skurcze macicy;
 - 4) dokonywania oceny stanu płodu zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników 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 jest konieczne wykonanie przynajmniej trzydziestominutowego zapisu kardiograficznego;
 - 5) prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u kobiety rodzącej;
 - 6) aktywizowania kobiety rodzącej do czynnego udziału w porodzie przez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze wygodnych pozycji 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 kobiety 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 kobiet rodzących z zastosowaniem analgezji regionalnej II okres porodu trwa do trzech godzin. Decyzję o wydłużeniu czasu trwania II okresu porodu podejmuje lekarz położnik po uwzględnieniu aktualnych czynników ryzyka powikłań okołoporodowych, o których mowa w części III.
2. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu nadzór nad kobietą rodzącą obejmuje lekarz położnik.
3. W II okresie porodu należy umożliwić kobiecie rodzącej przyjmowanie pozycji, które uznaje ona za najwygodniejsze.
4. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania kobiety 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 kobiety 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 kobietą 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 kobietą 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.

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 kobiety 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 oraz o widocznych nieprawidłowościach, w tym o wadach rozwojowych, jeżeli występują;
 - 3) 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;
 - 4) wykonania badania gazometrycznego krwi pępowinowej z tętnicy i żyły pępowinowej;
 - 5) założenia noworodkowi przed jego odpępnieniem opasek identyfikacyjnych, 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 2026 r. poz. 156, z późn. zm.);
 - 6) w przypadku cięcia cesarskiego – założenia noworodkowi opasek identyfikacyjnych po odpępnieniu, przed opuszczeniem przez noworodka sali operacyjnej cięć cesarskich;
 - 7) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia, jednak niewcześniej niż po upływie jednej minuty od urodzenia się dziecka;
 - 8) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
 - 9) oceny stanu noworodka i w razie potrzeby podjęcia czynności resuscytacyjnych zgodnych z praktyką popartą dowodami naukowymi i z aktualną wiedzą medyczną;

- 10) obserwacji przebiegu kontaktu matki i noworodka skóra do skóry i pomocy w przystawieniu noworodka do piersi, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
 - 11) podania produktów leczniczych w uzasadnionych sytuacjach;
 - 12) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia lub pęknięcia krocza – jego rozległości;
 - 13) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
 - 14) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
 - 15) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska;
 - 16) oceny kompletności popłodu;
 - 17) szacunkowej oceny objętości krwi utraconej podczas porodu.
3. Aktywne wydalanie łożyska powinno nastąpić po jego oddzieleniu się. Poza przypadkami krwotoku niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy oraz pociąganie za pępowinę.
 4. Kontakt skóra do skóry, jeżeli stan zdrowia matki i noworodka na to pozwala, powinien trwać w sposób nieprzerwany co najmniej dwie godziny; może być on przerwany na życzenie matki. Kontakt skóra do skóry należy zapewniać również w sytuacjach porodu zabiegowego, w tym przy cięciu cesarskim, jeżeli stan zdrowia matki i noworodka na to pozwala. W takim przypadku kontakt skóra do skóry noworodka z matką i pierwsze karmienie piersią powinny się odbyć jak najszybciej, w warunkach sali operacyjnej lub pooperacyjnej. W sytuacjach gdy kontakt skóra do skóry noworodka z matką nie jest możliwy ze względu na jej stan zdrowia, zapewnia się realizację kontaktu skóra do skóry przez ojca dziecka lub inną wskazaną osobę bliską.

XII. Postępowanie w IV okresie porodu

1. Opieka nad kobietą rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
 - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
 - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i nasilenia krwawienia z dróg rodnych, tj. objętości utraconej krwi, szacowanej łącznie podczas trwania całego porodu;
 - 3) kontrolę stanu kanału rodnego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wzniękach;
 - 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza;
 - 5) asystowanie przy pierwszym karmieniu piersią, zwrócenie matce uwagi na oznaki gotowości noworodka do podjęcia ssania i cechy prawidłowego przystawienia i ssania oraz przekazanie informacji na temat zasad postępowania w laktacji w pierwszej dobie połogu;
 - 6) odnotowanie w dokumentacji medycznej przez osobę sprawującą opiekę 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 na oddziale porodowym lub w innej jednostce lub komórce organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej o tym profilu odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:
 - 1) w sali porodowej znajduje się noworodkowe stanowisko resuscytacyjne wyposażone w promiennik ciepła, układ do wspomagania oddychania, zegar Apgar, pulsoksymetr, ssak, kardiomonitor, wagę;
 - 2) noworodkowe stanowisko resuscytacyjne jest przeznaczone do:
 - a) badania noworodka, ogrzania, osuszenia i stymulacji noworodka w sytuacji, gdy nie jest możliwy kontakt z matką skóra do skóry,
 - b) wykonywania procedur medycznych związanych ze stabilizacją i resuscytacją noworodka;
 - 3) sala do cięć cesarskich jest wyposażona w noworodkowe stanowisko resuscytacyjne, a w podmiotach leczniczych mających oddziały o II i III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej jest wyposażona w co najmniej dwa noworodkowe stanowiska resuscytacyjne;
 - 4) opieka pielęgnacyjna nad kobietą w połogu i noworodkiem jest realizowana przez położną;

- 5) położna odpowiedzialna za opiekę nad noworodkiem:
 - a) dokonuje czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 5–8 części XI,
 - b) ocenia noworodka według skali Apgar; ocena ta powinna być wykonywana w trakcie nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne u matki i dziecka,
 - c) nadzoruje pierwsze karmienie piersią,
 - d) w przypadku oddzielenia dziecka od matki ze wskazań medycznych – pobiera za zgodą matki siarę, która jest niezwłocznie przekazywana do podania dziecku,
 - e) waży i mierzy noworodka po zakończonym dwugodzinnym nieprzerwanym kontakcie matki z dzieckiem,
 - f) 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 kompetencje i kwalifikacje w zakresie resuscytacji noworodka i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji;
 - 7) w sali porodowej jest obecny lekarz oddziału neonatologicznego w przypadku:
 - a) porodu zabiegowego,
 - b) porodu przedwczesnego,
 - c) porodu z ryzykiem niedotlenienia okołoporodowego,
 - d) porodu u kobiety z patologiczną ciążą,
 - e) porodu u kobiety w ciąży z przewidywanymi lub stwierdzonymi wadami wrodzonymi u noworodka,
 - f) uzasadnionych i udokumentowanych zaburzeń adaptacyjnych rozpoznanych w sali porodowej w okresie obserwacji noworodka po urodzeniu;
 - 8) bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić noworodkowi nieprzerwany kontakt z matką skóra do skóry trwający co najmniej dwie godziny; 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 na życzenie matki lub w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
2. Opieka na oddziale położniczym w systemie „matka z dzieckiem” lub w innej jednostce lub komórce organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego o tym profilu odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:
- 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 przeprowadza badanie kliniczne noworodka w obecności matki lub ojca; 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) noworodka z zaburzeniami stwierdzonymi podczas badania, o którym mowa w pkt 2, mogącymi stanowić zagrożenie dla jego życia i zdrowia, należy niezwłocznie przekazać do oddziału patologii noworodka o poziomie referencyjnym adekwatnym do jego potrzeb zdrowotnych;
 - 4) wszystkie zabiegi pielęgnacyjne i procedury postępowania ze zdrowym noworodkiem są wykonywane u noworodka po przekazaniu informacji matce i uzyskaniu jej zgody zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w obecności matki w sali „matka z dzieckiem”, o ile stan zdrowia matki na to pozwala;
 - 5) jeżeli matka podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w szpitalu i przekazaniu go do pieczy zastępczej, szpital uzyskuje od niej informacje dotyczące sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem do czasu ustanowienia pieczy zastępczej, w szczególności co do sposobu żywienia dziecka; w przypadku gdy matka podjęła decyzję o żywieniu dziecka mlekiem z banku mleka, szpital uzyskuje od niej zgodę na jego podanie;
 - 6) u noworodka podczas pobytu na oddziale położniczym wykonuje się:
 - a) test pulsoksymetryczny,
 - b) przesiewowe badanie słuchu,

- c) ocenę budowy i kształtu wędzidełka, języka oraz budowy jamy ustnej pod kątem możliwości prawidłowego ssania piersi, w tym ruchomości języka,
 - d) ocenę umiejętności ssania,
 - e) pobranie badania przesiewowego na bibułę (badanie suchej kropli krwi),
 - f) obowiązkowe szczepienia po uzyskaniu kwalifikacji lekarskiej;
- 7) noworodkowi należy założyć kartę uodpornienia;
- 8) w dniu wypisu ze szpitala należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje o:
- a) przebiegu ciąży i porodu,
 - b) wykonanych pomiarach antropometrycznych,
 - c) wykonanych szczepieniach ochronnych,
 - d) wykonanych badaniach przesiewowych w ramach programów zdrowotnych,
 - e) ocenie budowy i kształtu wędzidełka języka,
 - f) ocenie możliwości ssania,
 - g) wykonanych czynnościach profilaktycznych,
 - h) pobycie dziecka w szpitalu,
 - i) wydanych zaleceniach żywieniowych, pielęgnacyjnych, a także dotyczących przeprowadzonego instruktażu matki w zakresie przystawiania do piersi noworodka i zasad karmienia piersią oraz niezbędnych konsultacjach specjalistycznych;
- 9) należy sporządzić i przekazać kierownikowi urzędu stanu cywilnego dokumenty określone przepisami ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2026 r. poz. 393);
- 10) podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad matką lub noworodkiem przekazuje położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenie o porodzie do dnia wypisu matki lub dziecka, które 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) w przypadku urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka po porodzie – informację o tym fakcie,
 - e) płeć dziecka,
 - f) adres, pod którym będą przebywać kobieta w położu wraz z dzieckiem lub kobieta w położu, oraz numer telefonu kontaktowego,
 - g) imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia;
- 11) w przypadku urodzenia martwego dziecka albo zgonu dziecka po porodzie podmiot leczniczy w dniu wypisu informuje pacjentkę o możliwości skorzystania z profesjonalnej opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu i przekazuje zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą udzielającemu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 12) przekazanie zgłoszenia o porodzie następuje w sposób zapewniający jak najszybsze dotarcie zgłoszenia i możliwość potwierdzenia jego odbioru; potwierdzenie odbioru jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka lub do odrębnego rejestru zgłoszeń o porodzie prowadzonego przez podmiot leczniczy dokonujący wypisu noworodka;
- 13) w przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad kobietą w położu i noworodkiem podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród, informuje kobietę w położu o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu oraz o zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

- 14) w trakcie pobytu obserwuje się relacje między matką a dzieckiem oraz innymi członkami rodziny; w przypadku podejrzenia przemocy domowej wszczyna się procedurę „Niebieskie Karty” oraz powiadamia się psychologa w celu objęcia matki opieką, w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa powiadamia się Policję lub prokuraturę, a w przypadku podejrzenia zagrożenia dobra dziecka składa się wniosek o wgląd w sytuację dziecka do sądu rodzinno-opiekunczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka;
- 15) podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem informuje w dniu wypisu jednostki organizacyjne pomocy społecznej właściwe ze względu na miejsce zamieszkania albo miejsce pobytu matki i noworodka o podejrzeniu zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i matki oraz o braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad kobietą w położu i noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu;
- 16) przepisu pkt 14 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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), korzystającą na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) albo certyfikatu czasowego zastępującego EKUZ ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej podczas pobytu czasowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

XIV. Standardowa opieka laktacyjna

1. Standardowa opieka laktacyjna obejmująca promocję i przygotowanie do karmienia piersią kobiet w ciąży oraz udzielanie porad polegających na zapobieganiu i rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją u kobiet w okresie laktacji i karmienia piersią jest zadaniem położnej. W przypadku wystąpienia problemów z laktacją lub karmieniem piersią, które wykraczają poza zakres kompetencji położnej, informuje ona kobietę będącą w okresie laktacji lub karmiącą piersią o konieczności skontaktowania się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej albo położnikiem, albo neonatologiem, a także przekazuje lekarzowi informacje o ocenie sytuacji oraz kontakt do siebie.
2. Opieka laktacyjna jest sprawowana zgodnie z decyzją matki dotyczącą sposobu żywienia dziecka.
3. Opieka laktacyjna świadczona przez położną podstawowej opieki zdrowotnej na etapie ciąży obejmuje przygotowanie kobiety w ciąży do karmienia piersią przez edukację w zakresie znaczenia odpowiednio długiego karmienia piersią dla optymalnego rozwoju dziecka, wartości zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych wynikających z karmienia piersią, czynników ryzyka przedwczesnego przerwania karmienia piersią dla dziecka i matki oraz związanych z tym kosztów, znaczenia inicjacji karmienia piersią podczas kontaktu matki z noworodkiem skóra do skóry, ewentualnych problemów laktacyjnych związanych z fizjologiczną budową piersi, a także przebiegu poprawnego karmienia piersią, w tym oceny jego jakości.
4. Opieka laktacyjna na etapie porodu obejmuje:
 - 1) umożliwienie i obserwację nieprzerwanego kontaktu matki z noworodkiem skóra do skóry, także przy cięciu cesarskim, jeżeli stan matki i noworodka na to pozwalają;
 - 2) zachęcanie matki do przebywania z noworodkiem w bliskim kontakcie, co umożliwi lepszą obserwację dziecka i reagowanie na chęć ssania piersi przez dziecko (czuwanie i zwiększona aktywność, otwieranie ust, odruch szukania);
 - 3) częste przystawianie dziecka do piersi, a także obserwowanie matki i noworodka oraz kontrolowanie pozycji przy piersi i dobrego przystawienia, a w razie potrzeby zaoferowanie pomocy i skorygowanie nieprawidłowości;
 - 4) w przypadku oddzielenia dziecka od matki ze wskazań medycznych – udzielenie wyjaśnień dotyczących znaczenia i roli siary w rozwoju dziecka i pobranie, za zgodą matki, siary, która jest następnie niezwłocznie przekazywana do podania noworodkowi, jeżeli nie ma ku temu przeciwwskazań medycznych lub jest odpowiednio zabezpieczana do późniejszego podania.
5. Opieka laktacyjna na oddziale położniczym, realizowana przez osoby sprawujące opiekę nad matką i noworodkiem, obejmuje zapewnienie warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:
 - 1) dostarczenie matce informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i zasad karmienia piersią lub mlekiem kobiecym;
 - 2) ocenę stanu gruczołów piersiowych i brodawek po wcześniejszym poinformowaniu kobiety o przebiegu badania i po uzyskaniu od niej zgody;
 - 3) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu przystawienia noworodka do piersi uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 3–4 godzinach, licząc od początku ostatniego karmienia, z wyjątkiem pierwszej doby życia noworodka, gdy wybudzenie nie jest wymagane;

- 4) zachęcanie matki do przebywania z noworodkiem w bliskim kontakcie, co umożliwi lepszą obserwację dziecka i reagowanie na chęć ssania piersi przez dziecko (czuwanie i zwiększona aktywność, otwieranie ust, odruch szukania), oraz do częstego przystawiania dziecka do piersi;
 - 5) dokonywanie w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka bieżących obserwacji przystawiania go do piersi – z zachowaniem komfortu matki i dziecka oraz wskaźników skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczby karmień, stolców i miki na dobę, przyrostu masy ciała, ubytku masy ciała), których wyniki osoba sprawująca opiekę odnotowuje w dokumentacji medycznej; w przypadku stwierdzenia przez osobę sprawującą opiekę nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego, z uwzględnieniem czynników ryzyka opóźnienia laktogenezy II, i wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki przez ssanie 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 osoba sprawująca opiekę odnotowuje w dokumentacji medycznej;
 - 6) jeżeli jest taka potrzeba – przeprowadzenie instruktażu ręcznego pozyskiwania pokarmu, a w szczególności siary dla noworodka;
 - 7) niestosowanie w okresie stabilizowania się laktacji smoczków w celu uspokajania noworodka oraz butelek ze smoczkiem;
 - 8) w przypadku oddzielenia matki i dziecka – informowanie o możliwości stymulacji laktacji, zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego oraz przeprowadzenie instruktażu korzystania ze sprzętu;
 - 9) zalecenie noworodkowi, który nie ma dostępu do mleka matki biologicznej, w szczególności noworodkowi przedwcześnie urodzonemu, w tym o znacznej niedojrzałości, który nie może być karmiony mlekiem matki biologicznej, podawania mleka z banku mleka kobiecego; rekomendowane jest prowadzenie działań na rzecz stymulacji laktacji u matki noworodka;
 - 10) nieprowadzenie w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami w ciąży, po porodzie i noworodkami działań reklamowych i marketingowych związanych z reklamą preparatów do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią;
 - 11) udzielanie wsparcia przez położne sprawujące opiekę nad matką i noworodkiem w trakcie jej pobytu w szpitalu w zależności od potrzeb kobiety przez 24 godziny na dobę; położną w sprawowaniu opieki laktacyjnej na oddziale położniczym wspiera edukator do spraw laktacji;
 - 12) podawanie preparatów do początkowego żywienia niemowląt wyłącznie na zlecenie lekarza i zgodnie z podjętą decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej porady o takim żywieniu, która powinna obejmować informacje o odpowiednim stosowaniu preparatu do początkowego żywienia niemowląt, w tym objętości i częstotliwości podawanych porcji dostosowanych do wieku i etapu rozwoju dziecka, jak również o:
 - a) możliwych negatywnych skutkach dla karmienia piersią w przypadku częściowego karmienia za pomocą butelki oraz trudnościach w powrocie do karmienia piersią, jeżeli zostanie podjęta decyzja o żywieniu preparatami do początkowego żywienia niemowląt,
 - b) czynnikach ryzyka dla dziecka i czynnikach ryzyka dla matki wynikających z niekarmienia piersią i żywienia preparatami do początkowego żywienia niemowląt,
 - c) możliwych konsekwencjach społecznych i ekonomicznych stosowania preparatów do początkowego żywienia niemowląt;
 - 13) podawanie noworodkowi preparatu do początkowego żywienia niemowląt bez wyrażenia zgody matki wyłącznie w sytuacji, gdy ze względu na stan zdrowia matki i brak możliwości kontaktu z ojcem uzyskanie zgody nie jest możliwe, a wymaga tego stan zdrowia dziecka;
 - 14) zapewnienie wsparcia w karmieniu piersią w sytuacjach niosących ryzyko trudności laktacyjnych przez zapewnienie warunków do odpowiednio częstego karmienia noworodka (w szczególności w sytuacji porodów przez cięcie cesarskie i żółtaczkę u noworodka);
 - 15) omówienie i udokumentowanie wszelkich wątpliwości dotyczących karmienia piersią przez edukatora do spraw laktacji lub położną przed wypisaniem matki i noworodka ze szpitala.
6. Opieka laktacyjna nad kobietą w położu i jej dzieckiem w miejscu zamieszkania albo pobytu realizowana przez położną podstawowej opieki zdrowotnej i odnotowana w dokumentacji medycznej obejmuje:
- 1) ocenę stanu gruczołów piersiowych i brodawek u kobiety w położu, ocenę laktacji;
 - 2) zachęcanie do karmienia piersią;

- 3) udzielanie porady laktacyjnej, z uwzględnieniem oceny anatomii i fizjologii piersi matki i jamy ustnej dziecka, oceny techniki karmienia, umiejętności ssania piersi i skuteczności karmienia oraz czynników ryzyka niepowodzenia w laktacji;
 - 4) pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
 - 5) prowadzenie edukacji zdrowotnej z zakresu odżywiania matki karmiącej, wskazywanie korzyści z karmienia piersią, rozwiązywanie problemów związanych z laktacją i zapobieganie im;
 - 6) ocenę odżywiania dziecka, w tym – sposobu karmienia (karmienie wyłącznie piersią, odciągającym mlekiem matki, preparatem do początkowego żywienia niemowląt, karmienie mieszane), przebiegu karmienia (częstość karmienia, długość karmienia, wielkość porcji pokarmu, chęć ssania piersi, nasycenie dziecka) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu), pomiar masy ciała noworodka lub niemowlęcia i ocenę przyrostu albo spadku masy ciała;
 - 7) informowanie o możliwości uzyskania przez matkę karmiącą wsparcia po zakończeniu wizyt patronażowych w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego przez położną podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Opieką laktacyjną zgodnie z indywidualną sytuacją i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji obejmuje się również kobiety w sytuacjach poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia, zgonu noworodka.
8. Matce, która podjęła decyzję o niekarmieniu dziecka w sposób naturalny, należy udzielić informacji o metodach hamowania laktacji zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji, doborze akcesoriów do karmienia oraz sposobie ich używania i preparatach do początkowego żywienia niemowląt, w tym o sposobie ich przygotowania i podawania.

XV. Połóg

1. Kobiecie w położu i jej dziecku należy zapewnić ciągłość profesjonalnej opieki w szpitalu, miejscu zamieszkania albo pobytu.
2. Opieka nad kobietą w położu obejmuje w szczególności ocenę i odnotowanie w dokumentacji medycznej przez osobę sprawującą opiekę:
 - 1) stanu ogólnego kobiety w położu;
 - 2) stanu położniczego: obkurczania mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów położowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek, a także ocenę rany w przypadku zakończenia ciąży lub w przypadku porodu za pomocą cięcia cesarskiego;
 - 3) laktacji;
 - 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
 - 5) higieny ciała; w razie potrzeby należy zapewnić wsparcie w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych;
 - 6) stanu psychicznego, w tym w czwartym tygodniu od urodzenia dziecka ryzyka wystąpienia depresji poporodowej lub wcześniej – w przypadku wystąpienia zaburzeń psychicznych.
3. Kobiecie w położu należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacjach, o których mowa w części XVI, lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo niskiej masie urodzeniowej lub skrajnie niedojrzałego oraz w innych sytuacjach, gdy stan psychiczny kobiety w położu tego wymaga. Osoba sprawująca opiekę informuje o możliwych formach wsparcia rodziny i instytucjach ich udzielających.
4. Opieka nad dzieckiem obejmuje w szczególności ocenę i odnotowanie w dokumentacji medycznej przez osobę sprawującą opiekę:
 - 1) stanu ogólnego (temperatura ciała, masa ciała, czynność serca, w przypadku noworodka obecność odruchów noworodkowych, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
 - 2) stanu skóry (zażółcenia powłok skórnych, zaczerwienienia; rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypki, ciemieniuchy, zasinienia, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
 - 3) odżywiania; sposobu karmienia (wyłącznie piersią, odciągającym pokarmem matki, piersią z rozszerzaniem diety, mieszane, mieszane z rozszerzaniem diety, wyłącznie preparatem do początkowego żywienia niemowląt, preparatem do początkowego lub dalszego żywienia niemowląt z rozszerzaniem diety), przebiegu karmienia (częstość, długość, wielkość porcji, chęć ssania piersi, nasycenie dziecka) oraz obecności zaburzeń czynnościowych jelitowych (ulewanie pokarmu, inne);
 - 4) stanu oczu (obrząk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (obecność wydzieliny) i jamy ustnej (obecność pleśniawek) oraz wędzidełka podjęzykowego;
 - 5) zachowania się dziecka (długość snu, czuwanie, nawiązywanie kontaktu);

- 6) sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubieranie); w razie potrzeby należy zapewnić wsparcie w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych;
 - 7) stanu kikutu pępowiny (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);
 - 8) higieny i bezpieczeństwa pomieszczenia, w którym przebywa dziecko;
 - 9) wykonania badań przesiewowych w ramach programów zdrowotnych oraz szczepień ochronnych.
5. Opieka nad kobietą w położu w domu jest realizowana przez położną podstawowej opieki zdrowotnej według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego zgodnie ze stanem kobiety w położu i noworodka lub niemowlęcia oraz sytuacją w środowisku domowym.
6. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie, o którym mowa w ust. 2 pkt 10 części XIII, położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
7. Położna podstawowej opieki zdrowotnej odbywa nie mniej niż cztery wizyty. Pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin (z wyjątkiem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy) od otrzymania przez położną podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia urodzenia dziecka lub wypisu matki ze szpitala po urodzeniu dziecka. Jeżeli dziecko opuści szpital w terminie późniejszym niż termin objęcia matki opieką, położna podstawowej opieki zdrowotnej odbywa nie mniej niż dwie wizyty po powrocie dziecka do miejsca zamieszkania lub pobytu. Jeżeli dziecko opuści szpital bez matki, położna podstawowej opieki zdrowotnej odbywa nie mniej niż cztery wizyty w miejscu jego zamieszkania lub pobytu.
8. Położna podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku braku kontaktu z matką ocenia ryzyko zaniedbania lub niewydolności opiekuńczej, a jeżeli stwierdzi zaistnienie ryzyka, informuje jednostki organizacyjne pomocy społecznej właściwe ze względu na miejsce zamieszkania albo miejsce pobytu matki i noworodka o podejrzeniu zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i matki.
9. Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna podstawowej opieki zdrowotnej kieruje się dobrem kobiety w położu i jej dziecka oraz poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.
10. Podczas wizyt położna podstawowej opieki zdrowotnej w szczególności:
- 1) ocenia stan zdrowia kobiety i dziecka;
 - 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała, a także stan skóry noworodka, w szczególności stopień zażółcenia skóry;
 - 3) udziela porad na temat opieki nad dzieckiem i jego pielęgnacji;
 - 4) ocenia, w jakim stopniu rodzice stosują się do zaleceń położnej podstawowej opieki zdrowotnej dotyczących opieki i pielęgnacji dziecka;
 - 5) ocenia możliwości udzielania kobiecie w położu pomocy i wsparcia ze strony ojca dziecka lub innej osoby bliskiej;
 - 6) obserwuje relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny; w przypadku podejrzenia przemocy wszczyna procedurę „Niebieskie Karty” oraz w razie potrzeby podejmuje działania przeciwdziałające bezpośredniemu zagrożeniu ze strony członka rodziny;
 - 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 piersi 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 pępowiny 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 dentysty do 6. tygodnia od urodzenia dziecka oraz u lekarza położnika po zakończeniu położu;
 - 11) udziela porad na temat zdrowego stylu życia;
 - 12) udziela porad w zakresie profilaktyki zaburzeń dna miednicy oraz w zakresie rozwiązywania problemów nietrzymania moczu, gazów i stolca; w przypadku wystąpienia problemów, które wykraczają poza zakres jej kompetencji, informuje o możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej na podstawie skierowania lekarskiego;

- 13) udziela porad na temat minimalizowania stresu i radzenia sobie ze stresem;
 - 14) 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 problemów związanych z laktacją i zapobiegania im, samoopieki kobiety w położu i pielęgnacji dziecka, wpływu depresji poporodowej u matki na rozwój dziecka;
 - 15) realizuje świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne samodzielnie lub na zlecenie lekarskie;
 - 16) zdejmuje szwy z rany krocza lub brzucha, jeżeli zachodzi taka potrzeba;
 - 17) realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;
 - 18) motywuje do prowadzenia gimnastyki oraz udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w położu;
 - 19) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i niemowlęcego oraz okresu położu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
 - 20) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących u kobiety w położu i przygotowuje osobę bliską do udzielenia pomocy i wsparcia kobiecie w położu oraz wskazuje instytucje, w których osoba bliska może uzyskać stosowną pomoc.
11. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u kobiety w położu i dziecka, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona kobiecie w położu informacje o potrzebie interwencji lekarskiej lub psychologicznej.
 12. Po zakończeniu wizyt położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania lub pobytu matki i dziecka dalszą opiekę nad dzieckiem sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką, z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego, kontynuuje położna podstawowej opieki zdrowotnej.
 13. W przypadku dziecka przedwcześnie urodzonego lub dziecka urodzonego o czasie, ale wymagającego dłuższego pobytu w szpitalu profesjonalna opieka w miejscu zamieszkania albo pobytu jest realizowana według indywidualnego planu opieki, dostosowanego do wieku i stanu zdrowia dziecka.

XVI. Opieka nad kobietą będącą w sytuacjach szczególnych

1. Do sytuacji szczególnych zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady płodu, poronienie, urodzenie dziecka martwego, dziecka niezdolnego do życia, dziecka chorego lub dziecka z wadami wrodzonymi, zgon dziecka po porodzie.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej, pod których opieką znajduje się kobieta będąca w sytuacjach szczególnych, o których 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 w celu uwrażliwienia ich na tę sytuację.
3. Kobiecie będącej w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, zapewnia się pomoc realizowaną w następujący sposób:
 - 1) przy przekazywaniu informacji na temat sytuacji położniczej i zdrowotnej tej kobiety i jej dziecka osoba sprawująca opiekę jest obowiązana przed udzieleniem szczegółowych wyjaśnień zapewnić tej kobiecie, na jej życzenie, czas pozwalający na oswojenie się z informacją, chyba że stan zdrowia tej kobiety wymaga pilnego udzielenia świadczeń zdrowotnych;
 - 2) po przekazaniu informacji, o których mowa w pkt 1, należy niezwłocznie umożliwić tej kobiecie, zgodnie z jej życzeniem, skorzystanie z pomocy psychologicznej i kontakt z duchownym jej wyznania oraz wsparcie osób bliskich;
 - 3) kobietę będącą w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, a także kobietę, która po urodzeniu podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym, w którym odbył się poród, umieszcza się w sali jednoosobowej, chyba że kobieta ta zdecyduje inaczej albo wszystkie sale jednoosobowe są zajęte; kobiety będącej w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, a także kobiety, która podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym, w którym odbył się poród, nie umieszcza się w sali razem z kobietami w ciąży albo kobietami w położu, których ciąża zakończyła się urodzeniem zdrowego dziecka;
 - 4) kobietę będącą w sytuacji szczególnej, o której mowa w ust. 1, przebywającą na oddziale traktuje się z szacunkiem oraz umożliwia się jej branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym; osoby sprawujące opiekę potrafią nawiązać z nią dobry kontakt słowny i mają świadomość, jak ważne są ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do tej kobiety; należy zapytać o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystać do wspierania jej podczas pobytu na oddziale; badania i zabiegi wykonuje się w intymnej atmosferze;

- 5) kobiecie, która urodziła dziecko martwe lub niezdolne do życia, należy umożliwić pożegnanie się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, jeżeli wyraża taką potrzebę;
- 6) na życzenie kobiety, o której mowa w pkt 5, umożliwia się zachowanie pamiątek po zmarłym dziecku;
- 7) na życzenie kobiety, która poroniła, podmiot leczniczy wydaje odpowiednio zabezpieczony materiał z poronienia w celu przeprowadzenia badań genetycznych;
- 8) w celu nawiązania dobrego kontaktu z kobietą będącą w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, osoba sprawująca opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych tej kobiecie, w szczególności:
 - a) przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad tą kobietą,
 - b) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę,
 - c) szanują prywatność tej kobiety i poczucie intymności,
 - d) każdorazowo uzyskują zgodę tej kobiety na wykonanie zabiegów i badań;
- 9) kobiecie będącej w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, udziela się wyczerpującej informacji na temat stanu jej zdrowia;
- 10) kobiecie będącej w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, udziela się wszelkich informacji zarówno o możliwości uzyskania dalszej pomocy psychologicznej, z której może skorzystać również osoba jej bliska, miejscach i organizacjach udzielających wsparcia osobom w podobnej sytuacji, jak i o przysługujących jej prawach;
- 11) w przypadku zdiagnozowania ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, należy poinformować kobietę o możliwości uzyskania dalszej pomocy w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej i wydać do niej skierowanie, przy czym podmiot leczniczy na III poziomie referencyjnym opieki perinatalnej zapewnia dostępność do opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;
- 12) kobiecie będącej w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, udziela się wyczerpującej informacji na temat obowiązującego stanu prawnego, w szczególności wynikającego z przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego, zabezpieczenia społecznego i prawa pracy dotyczącego sytuacji, w jakiej się znalazła; kobiecie, która urodziła dziecko martwe lub dziecko niezdolne do życia, udziela się informacji o możliwości pochówku;
- 13) kobieta będąca w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, otrzymuje opiekę laktacyjną adekwatnie do indywidualnej sytuacji i zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji;
- 14) osobom wykonującym zawód medyczny podmiot leczniczy zapewnia wsparcie w radzeniu sobie ze stresem w związku z opieką nad kobietą będącą w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, lub nad jej dzieckiem;
- 15) kobietę będącą w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, podmiot leczniczy informuje w dniu wypisu ze szpitala o możliwości skorzystania z profesjonalnej opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu i przekazuje zgłoszenie do dnia jej wypisu położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą udzielającemu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej; zgłoszenie zawiera:
 - a) imię i nazwisko kobiety,
 - b) numer PESEL albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL,
 - c) w przypadku rozpoznania podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady u dziecka – informację o rozpoznaniu i o planowanym terminie porodu,
 - d) w przypadku poronienia, urodzenia martwego dziecka lub zgonu dziecka po porodzie – wskazanie daty,
 - e) adres, pod którym będzie przebywać kobieta, oraz numer telefonu kontaktowego,
 - f) czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia;
- 16) przekazanie zgłoszenia o kobiecie będącej w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, następuje w sposób zapewniający jak najszybsze dotarcie zgłoszenia i możliwość potwierdzenia jego odbioru; potwierdzenie odbioru jest dołączane do dokumentacji medycznej lub odrębnego rejestru zgłoszeń prowadzonego przez podmiot leczniczy dokonujący wypisu;

- 17) kobiecie będącej w sytuacjach szczególnych, o których mowa w ust. 1, zapewnia się profesjonalną opiekę położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania albo pobytu polegającą w szczególności na:
 - a) opiece i zapewnieniu wsparcia z częstotliwością odpowiednią do stanu zdrowia kobiety w ciąży z rozpoznaniem ciężkiej choroby lub wady u dziecka,
 - b) opiece położnej w związku z przebiegiem porodu lub cofaniem się zmian fizjologicznych po poronieniu,
 - c) kontynuacji opieki związanej z hamowaniem laktacji,
 - d) ocenie czynników ryzyka depresji,
 - e) wskazaniu konieczności opieki lekarskiej odpowiednio do stanu zdrowia.

XVII. Zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych kobietom ze szczególnymi potrzebami

1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w ciąży, kobietą rodzącą, kobietą w poroku oraz nad noworodkiem uwzględniają przy planowaniu prac inwestycyjnych, w tym rozwiązań komunikacyjnych, lub działań organizacyjnych konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych kobietom ze szczególnymi potrzebami, w szczególności w zakresie określonym w ust. 2.
2. Podmioty, o których mowa w ust. 1, odpowiednio do wykonywanych przez siebie świadczeń zdrowotnych zapewniają:
 - 1) kobietom poruszającym się na wózkach inwalidzkich możliwość bezkolizyjnego dotarcia do gabinetu i innych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych, z wykorzystaniem odpowiednio do potrzeb wind, podjazdów, podnośników schodowych, szerokości przejść minimum 90 cm w świetle drzwi oraz 140 cm wolnej przestrzeni (niezajętej przez sprzęty, meble i inne obiekty) na korytarzach;
 - 2) w podmiocie, w miarę możliwości, co najmniej jeden obniżony fotel ginekologiczno-położniczy i leżankę z regulowaną wysokością, dostosowane do potrzeb kobiet z niepełnosprawnością, podnośnik do przenoszenia kobiet, wagę platformową, umożliwiającą zważenie kobiety poruszającej się na wózku; wskazane sprzęty powinny znajdować się w gabinecie wyposażonym w pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb kobiet z niepełnosprawnością, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich;
 - 3) co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne z prysznicem bezprogowym z siedziskiem zapewniającym stabilność siedzenia, dostosowane do potrzeb kobiet z niepełnosprawnością, z którego można łatwo przemieścić się do miejsca udzielania świadczeń;
 - 4) w gabinecie wyposażonym w sprzęt, o którym mowa w pkt 2, przestrzeń manewrową wynoszącą 150 × 150 cm, umożliwiającą swobodne poruszanie się na wózku inwalidzkim przy fotelu ginekologicznym lub leżance;
 - 5) oznaczenia pomieszczeń również w alfabecie Braille’a;
 - 6) komunikowanie się w polskim języku migowym, na przykład przez wykorzystanie aplikacji on-line tłumaczących na żywo na polski język migowy i z polskiego języka migowego na język polski;
 - 7) wyposażenie w pętlę indukcyjną wraz z jej właściwym oznakowaniem stosownym piktogramem (co najmniej jedna w rejestracji i druga w gabinecie);
 - 8) oznakowanie w postaci piktogramów, dostępne wsparcie dla kobiet z niepełnosprawnością, w szczególności informujące o podjazdach i windach dla kobiet z niepełnosprawnością oraz dostępności pętli indukcyjnej i tłumacza języka migowego;
 - 9) wstęp psa asystującego z wyłączeniem pomieszczeń, do których kobieta jest przewożona w związku ze świadczeniami wymagającymi unieruchomienia;
 - 10) pozbawioną przeszkód rejestrację, która pozwala na łatwy dostęp osobom z trudnościami w poruszaniu się;
 - 11) stronę internetową, która jest dostępna cyfrowo, co oznacza, że jest zgodna ze standardem WCAG 2.1 i ma deklarację dostępności sporządzoną zgodnie z wymogami ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1440);
 - 12) możliwość umówienia się na wizytę przez e-mail lub SMS, lub formularz kontaktowy zgodny ze standardem WCAG 2.1, dostępny na stronie internetowej;
 - 13) możliwość odbioru wyników w formie dostępnej dla czytników zawartości ekranu oraz odbioru wyników w formie dostępnej cyfrowo (np. w odczytywalnym pliku PDF) za pośrednictwem poczty elektronicznej;
 - 14) wydłużony czas wizyty dla kobiety ze szczególnymi potrzebami (w poradniach);

- 15) pomoc asystenta osoby z niepełnosprawnością, którego rolą w szczególności jest:
 - a) ustalanie wizyt z uwzględnieniem zapewnienia możliwości obsługi w pomieszczeniach dostosowanych adekwatnie do niepełnosprawności,
 - b) zapewnienie dostępu do wyników badań i dokumentacji medycznej w sposób uwzględniający bariery w komunikowaniu się wynikające z niepełnosprawności.
3. Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w ciąży, kobietą rodzącą, kobietą w porożu oraz nad noworodkiem są przygotowane do kontaktu i opieki nad kobietami ze szczególnymi potrzebami (odbywają szkolenia wewnętrzne lub zewnętrzne, kursy). Osoby wykonujące zawód medyczny zostały odpowiednio przeszkolone z zakresu wsparcia kobiet z niepełnosprawnościami i dostępności usług położniczych, ginekologicznych i neonatologicznych.