

À la demande de parents, nous avons choisi de mettre à votre disposition différents liens vers une variété de plans de naissance que vous pouvez consulter afin de vous faire votre propre idée. La Maison de la Famille –MRC Bonaventure met ces plans à la disposition des parents, **mais ne cautionne pas nécessairement l'intégralité des documents**. Appelez-nous pour plus d'informations ou accompagnement!

[http://www.canalvie.com/polopoly\\_fs/1.1233652.1372756427!/menu/standard/file/plan-de-naissance.pdf](http://www.canalvie.com/polopoly_fs/1.1233652.1372756427!/menu/standard/file/plan-de-naissance.pdf)

[http://naitreetgrandir.com/documentsng/pdf/plan\\_naissance.pdf](http://naitreetgrandir.com/documentsng/pdf/plan_naissance.pdf)

Plan de naissance par césarienne :

[http://naitreetgrandir.com/documentsng/pdf/plan\\_naissance.pdf](http://naitreetgrandir.com/documentsng/pdf/plan_naissance.pdf)

Un lien dernier lien pertinent pour celles/ceux qui veulent aller plus loin et rédiger eux-mêmes leur plan de naissance : <http://www.mamancherie.ca/fr/infos/41-pregnancy-a-birth/98-preparing-your-birth-plan>

Et enfin, un dernier Plan de naissance rédigé par des parents provenant du blog de [www.mamanpourelavie.com](http://www.mamanpourelavie.com) Bonne lecture!!

*Nom de la mère XXXX  
Nom du père XXXX  
Médecin /obstétricien XXXX  
Nom de l'accompagnante XXXX*

*Merci de prendre le temps de lire notre plan de naissance. Nous avons décidé de vivre cette naissance de la façon la plus naturelle possible et c'est pourquoi nous avons voulu mettre par écrit ce qui nous tient à cœur.*

*Un gros merci également à notre médecin et à notre accompagnante qui nous permettent de nous sentir mieux préparés afin de faire de cette naissance un beau moment et un doux souvenir.*

*Nous aimerions que les personnes suivantes soient présentes durant le travail et la naissance*

*o Accompagnante : XXXX  
o Autre (mère, amie...) : XXXX*

### *Induction / augmentation du travail :*

*o Nous ne désirons pas induire le travail à moins de signes de détresse fœtale, et ce, même si nous avons dépassé la date prévue d'accouchement.*

*o Nous désirons que les membranes ne soient pas rupturées artificiellement.*

*o Nous aimerions essayer des méthodes naturelles pour déclencher ou stimuler le travail avant d'avoir recours à l'ocytocine synthétique.*

### *Monitoring fœtal :*

*o Nous ne désirons pas de monitoring fœtal continu à moins que l'état de notre bébé le nécessite.*

### *Intraveineuses et examens :*

*o A moins d'indication médicale pour des médicaments par intraveineuse, je ne désire pas qu'on installe un soluté.*

*o Je préfère qu'on installe un bouchon membrane plutôt qu'un soluté.*

*Aussi, si possible, j'aimerais que l'on installe un « papillon » plutôt qu'une aiguille régulière étant donné que mes veines éclatent facilement.*

*o J'aimerais que les examens vaginaux soient limités au strict minimum, et qu'autant que possible ceux-ci soient toujours faits par la même personne.*

### *Analgsie / Médicaments contre la douleur :*

*o Nous aimerions un accouchement naturel. Nous savons qu'il existe des médicaments contre la douleur: nous en ferons la demande si nous croyons que c'est nécessaire. Dans l'intérim, veuillez ne suggérer que des méthodes de confort naturelles pour m'aider durant le travail.*

*o J'aimerais essayer les méthodes de confort naturelles suivantes:*

*o Bain ou bain tourbillon*

*o Ballon d'exercice, roulements pelviens*

*o Changements de positions, mobilité, marche*

*o Massage, réflexologie, acupression*

*Si nécessaire, je voudrais considérer les médicaments suivants:*

*o Gaz anesthésiants*

*o Épidurale*

*Naissance :*

*o Même si la dilatation est complète, j'aimerais attendre l'envie naturelle avant de commencer la phase de poussée, à moins de signes de détresse nécessitant une approche différente.*

*o J'aimerais choisir la position dans laquelle je m'installerai pour pousser, et être libre de changer de position si j'en ressens le besoin. Je désire éviter la position horizontale, et je serais à l'aise d'essayer les positions suivantes:*

*o sur le côté*

*o accroupie*

*o à quatre pattes*

*o à genoux*

*o Je préfère ne pas être dirigée dans la poussée. Je voudrais pousser selon les impulsions naturelles de mon corps.*

*o Je comprends que la durée de la phase de poussée varie considérablement. A moins de signes nécessitant la naissance immédiate, j'apprécierais qu'on ne m'impose aucune limite de temps.*

*o Nous apprécierions que les lumières soient tamisées et que seul le personnel essentiel soit présent lors de la naissance de notre bébé.*

*o J'aimerais que mon périnée soit protégé par le massage et les compresses humides lors du couronnement de la tête du bébé.*

*o A moins d'une urgence, je ne veux pas d'épisiotomie.*

*o Si possible, j'aimerais que ma mère, XXXX aille chercher mon bébé et le place sur ma poitrine.*

*Si une césarienne s'avérait nécessaire :*

*o J'aimerais que mon conjoint/partenaire soit présent à mes côtés, et ce, le plus tôt possible.*

*o J'aimerais avoir les bras libres pour pouvoir toucher mon bébé.*

*o J'apprécierais que les conversations se limitent à l'explication du déroulement de la césarienne et que les échanges entre les intervenants soient minimes et discrets.*

*o Mon conjoint/partenaire restera avec le bébé en tous temps, de préférence peau à peau dans un endroit calme.*

*o J'aimerais avoir de l'aide pour mettre mon bébé au sein le plus tôt possible après la naissance.*

*o Si ce n'est pas possible, aucun biberon et/ou lait de formule ne sera donné à mon bébé. J'exprimerai mon colostrum (avec aide si nécessaire) et le bébé sera alimenté au gobelet, à la cuiller ou au doigt en attendant que l'allaitement puisse être débuté.*

*o J'aimerais rencontrer une Consultante diplômée en lactation le plus tôt possible.*

*Immédiatement après la naissance*

*A moins d'une urgence:*

*o J'aimerais que mon bébé soit placé sur moi immédiatement après sa naissance.*

*o Je désire ne pas être séparée de mon bébé:*

*o Je voudrais tenir mon bébé pendant l'expulsion du placenta et s'il y a lieu, pendant qu'on fait les réparations nécessaires au périnée.*

*o J'aimerais que mon bébé soit examiné(e) dans mes bras ou dans la chambre pour qu'il puisse nous sentir.*

*o Nous aimerions que le cordon cesse de pulser avant d'être pincé et coupé.*

*o Nous aimerions que le placenta soit expulsé spontanément. Nous ne désirons aucune gestion active (ocytocine synthétique, traction, massage utérin...)*

*o Nous aimerions beaucoup qu'il garde son vernix le plus longtemps possible en reportant son premier bain au lendemain de l'accouchement.*

*Nous aimerions reporter les interventions de routine pour le bébé afin de profiter au maximum des premières heures avec lui. Nous refusons aussi que l'application d'onguent antibiotique pour les yeux soit faite.*

*Signature de la mère \_\_\_\_\_ date :*

*Signature du père \_\_\_\_\_ date :*

*Signature du médecin \_\_\_\_\_ date :*