

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2012 r.

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

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092) zarządza się, co następuje:

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

§ 2. Standardy stosuje się w postępowaniu medycznym przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia²⁾.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

DYREKTOR
Departamentu Prawnego

Władysław Puzoń
radca prawny

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

I. Postanowienia ogólne

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

2. Użyte w standardach określenia oznaczają:

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

3. Ingerencja w naturalny proces porodu wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces ciąży lub porodu, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnych, znieczulenie farmakologiczne, poród

Wydrukowano z systemu Inforlex
Data wydruku: 2017-07-27 10:00:00

- zabiegowy, oznacza, że ciąża lub poród wymaga zastosowania szczególnych procedur wykraczających poza niniejsze standardy.
4. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień objęcia kobiety lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o świadczeniodawcy, który tę opiekę przejmuje, chyba że kobieta lub jej przedstawiciel ustawowy nie podjęli jeszcze decyzji w tym zakresie.
 5. Zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:
 - 1) ocenę stanu rodzącej kobiety, płodu oraz noworodka;
 - 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
 - 3) prowadzenie porodu wraz z koniecznymi zabiegami według wskazań medycznych;
 - 4) opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;
 - 5) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawiają powikłania uzasadniające takie działanie;
 - 6) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie pogołu.
 6. Odpowiedzialność prawną i zawodową osoby sprawującej opiekę za podejmowane działania regulują odpowiednio ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657) oraz ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038).
 7. W przypadku wystąpienia objawów patologicznych położna niezwłocznie przekazuje rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i dotychczasowego przebiegu porodu należy odnotować w dokumentacji medycznej. Adnotacja ta powinna być autoryzowana zarówno przez położną, jak i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego.
 8. Osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu musi być przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz opieki nad noworodkiem.

Czynności interwencyjne polegają w szczególności na:

 - 1) podaniu wlewu kroplowego z płynami fizjologicznymi, z wyłączeniem substancji stymulujących czynność skurczową oraz znieczulających;
 - 2) zabezpieczeniu rany krocza lub szyjki macicy;
 - 3) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
 - 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych;
 - 5) działaniach zmierzających do utrzymania czynności życiowych rodzącej lub położnicy oraz płodu lub noworodka.
 9. Osoba sprawująca opiekę zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną, jeśli pojawiające się powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia jednostce przyjmującej kompletną dokumentację medyczną dotyczącą opieki medycznej sprawowanej nad rodzącą lub noworodkiem.
 10. Osoba sprawująca opiekę zapewnia ciągłość tej opieki w czasie porodu oraz w okresie pogołu. Jeżeli osoba ta nie może sprawować tej opieki osobiście, powinna zapewnić opiekę przez odpowiednią jej organizację. Organizacja opieki obejmuje opracowanie

i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka.

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

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

II. Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
1	2	3
Do 10 tyg. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Badanie gruczołów sutkowych. 5. Określenie wzrostu i masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh. 2. Przeciwciała odpornościowe. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne. 6. Badanie czystości pochwy. 7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo. 8. VDRL. 9. Badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia. 10. Badanie HIV i HCV. 11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i różyczki.

11-14 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 7. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ultrasonograficzne. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
15-20 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
21-26 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24-28 tyg. ciąży) - dwukrotne oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godz. od podania glukozy. 2. Badanie ultrasonograficzne. 3. Badanie ogólne moczu. 4. Przeciwciała anty-Rh u kobiet z Rh (-). 5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze - badanie w kierunku toksoplazmozy. 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
27-32 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia. 8. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała odpornościowe. 4. Badanie ultrasonograficzne. 5. W przypadku występowania wskazań - podanie globuliny anty-D (28-30 tydz. ciąży). 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.

33-37 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Badanie we wzierniku i zestawione. 5. Ocena czynności serca płodu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 7. Ocena aktywności płodu. 8. Badanie gruczołów sutkowych. 9. Pomiar masy ciała. 10. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 11. Ocena ryzyka ciążyowego. 12. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 13. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Antygen HBs. 5. Badanie w kierunku HIV. 6. Posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących. 7. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HCV. 8. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
38-39 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Ocena aktywności płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążyowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.
Po 40 tyg. ciąży badanie co 2-3 dni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Badanie we wzierniku i zestawione - według wskazań medycznych. 4. Ocena ruchów płodu. 5. Ocena czynności serca płodu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 7. Pomiar masy ciała. 8. Ocena ryzyka ciążyowego. 9. Propagowanie zdrowego stylu życia. 10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 11. Bezwzględne skierowanie do hospitalizacji po 41 tyg. ciąży. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne (jednorazowo).

Osoba sprawująca opiekę:

- 1) kieruje kobietę w okresie pomiędzy 21-26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką;
- 2) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu i położu.

III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych

1. Do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu w szczególności zalicza się:
 - 1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, choroby nerek, choroby neurologiczne, choroby wątroby, znaczną otyłość, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię lub zespół antyfosfolipidowy;
 - 2) stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub porodzie przedwczesnym;
 - 3) uprzednie urodzenie dziecka martwego lub z urazem okołoporodowym;
 - 4) przebyte porody noworodków o masie urodzeniowej większej niż 4000 g., przebyte porody noworodków z bardzo małą i ekstremalnie małą masą ciała lub ciążę wielopłodową;
 - 5) stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego;
 - 6) stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego, przedwczesnego oddzielania się łożyska, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo szczególnych krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wycięciu macicy;
 - 7) sytuację, gdy ciężarna jest pierwiastką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
 - 8) sytuację, gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci;
 - 9) wystąpienie krwawienia przed porodem;
 - 10) infekcję u ciężarnej lub jej podejrzenie;
 - 11) nadciśnienie tętnicze;
 - 12) wystąpienie temperatury ciała powyżej 38 °C częściej niż raz w czasie ciąży;
 - 13) używanie środków odurzających, alkoholu lub nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.
2. Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania w szczególności zalicza się:
 - 1) wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHG i rozkurczowego 90 mmHG, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h;
 - 2) przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży;
 - 3) odmiedniczkowe zapalenie nerek;
 - 4) niedokrwistość;
 - 5) cukrzycę;
 - 6) przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
 - 7) konflikt serologiczny;
 - 8) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniak, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność matczy-no-płodowa);
 - 9) zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo-szyjkowa);
 - 10) nieprawidłową lokalizację łożyska;
 - 11) ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami;
 - 12) przekroczenie terminu porodu lub niepewność co do terminu porodu;
 - 13) dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B(GBS);
 - 14) położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;

- 15) nieprawidłową objętość płynu owodniowego;
 - 16) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego.
3. Do czynników ryzyka śródporodowego występujących u rodzącej w szczególności zalicza się:
- 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godz.);
 - 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
 - 3) opryszczkę genitalną;
 - 4) konieczność indukcji porodu;
 - 5) krwotok śródporodowy;
 - 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
 - 7) ciepłotę ciała powyżej 38 °C;
 - 8) stymulację porodu oksytocyną lub innymi metodami;
 - 9) utratę krwi po porodzie w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10 % wartości wyjściowej;
 - 10) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
 - 11) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
 - 12) wstrząs;
 - 13) pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
 - 14) wyciowanie macicy;
 - 15) pęknięcie macicy.
4. Do czynników ryzyka dla płodu lub występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:
- 1) nieprawidłowości stwierdzone podczas badania;
 - 2) zaburzenia czynności serca płodu;
 - 3) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
 - 4) uraz okołoporodowy;
 - 5) masę dziecka poniżej 2500 g;
 - 6) wady rozwojowe;
 - 7) pępowinę dwunaczyniową;
 - 8) naczynia błędzące w łożysku;
 - 9) zaburzenia oddychania.
5. Oceny występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, dokonuje osoba sprawująca opiekę.
6. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, ciężarna lub rodząca kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią, II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią.
7. Zidentyfikowane czynniki ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, należy omówić z ciężarną, tak aby mogła ona podjąć świadomą decyzję odnośnie miejsca porodu.
8. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

IV. Plan opieki prenatalnej i plan porodu

1. Podczas opieki prenatalnej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki prenatalnej oraz plan porodu. Plan opieki prenatalnej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką prenatalną wraz z określeniem czasu ich wykonania. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.
2. Plan opieki prenatalnej i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki.
3. Plan opieki prenatalnej i plan porodu jest częścią dokumentacji medycznej. Osoba sprawująca opiekę prenatalną przekazuje ciężarnej kopię planu opieki prenatalnej.
4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne). Każda ciężarna powinna otrzymać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.
5. Ciężarną należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdzie w sytuacji wystąpienia powikłań zarówno u matki, jak i u płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych, adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej lub stanu noworodka.

V. Postępowanie w trakcie porodu

1. Rodząca powinna być traktowana z szacunkiem oraz brać udział w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Osoby sprawujące opiekę powinny umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą i mieć świadomość, jak ważny jest ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do rodzącej. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a informacja w tym zakresie powinna zostać wykorzystana do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:
 - 1) witają ją osobiście, przedstawiają się i wyjaśniają swoją rolę w opiece nad nią;
 - 2) prezentują spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
 - 3) szanują jej prywatność i poczucie intymności;
 - 4) wspólnie czytają i omawiają plan porodu;
 - 5) omawiają z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem;
 - 6) każdorazowo uzyskują zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
 - 7) udzielają informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
 - 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą informują ją o tym fakcie.
3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
 - 1) zapewnić ciągłość opieki;
 - 2) dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
 - 3) zachęcać rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
 - 4) zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
 - 5) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.
4. Podczas porodu osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych są obowiązane przestrzegać zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki; wybór środków ochrony osobistej powinien być oparty na ocenie ryzyka zakażenia.

VI. Strategie uśmierzania bólu podczas porodu

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu powinna przedstawić rodzącej pełną informację o nefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych, wspierać rodzącą w stosowaniu tych metod oraz respektować jej decyzje w tym zakresie.

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest obowiązana:

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

VII. Rozpoczęcie porodu

1. Przyjęcie ciężarnej do porodu następuje na podstawie skierowania lub w konsekwencji osobistego zgłoszenia się do wybranego przez nią podmiotu wykonującego działalność leczniczą realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa.
2. Miejsce porodu, z wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem porodu oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.
3. Rozpoznanie porodu:
 - 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych. W razie wątpliwości, czy występujące skurcze są skurczami porodowymi, niezbędna jest obserwacja trwająca 1-2 godziny;
 - 2) przebieg postępu porodu powinien być monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych wewnętrznych.

VIII. Postępowanie w I okresie porodu

1. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż $\frac{1}{2}$ cm na godzinę, oceniane w odstępach 4-godzinnych.
2. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:
 - 1) ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
 - 2) przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:
 - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia płodu (wykonanie chwytów Leopolda),
 - g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu,
 - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,

- i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
 - j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
 - k) dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
 - l) założenie dokumentacji medycznej, określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697),
 - m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego - jedynie na życzenie rodzącej,
 - n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej - tylko w sytuacji tego wymagającej,
 - o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
 - p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).
3. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:
- 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
 - a) dokonywanie oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego (w czasie każdego badania powinna zostać oceniona długość, pozycja, konsystencja szyjki macicy i drożność jej kanału lub stopień rozwarcia, zaawansowanie części przodującej w kanale rodnym, położenie szwu strzałkowego i punktu prowadzącego, wydzielina z dróg rodnych - ewentualne krwawienie, odpływanie i zabarwienie płynu owodniowego) - nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów, ich natężenie i czas trwania);
 - 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniającego poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej;
 - 3) dokonywania oceny stanu rodzącej przez:
 - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju wsparcia,
 - b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych), stanu śluzówek oraz kontrolę mikcji co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - c) ocenę wydzieliny pochwowej,
 - d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
 - 4) dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15-30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach;
 - 5) prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;
 - 6) aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie przez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - d) współpracę z osobą bliską;
 - 7) dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenia partogramu;

- 8) przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.

IX. Postępowanie w II okresie porodu

1. Brak postępu II okresu porodu w przypadku:
 - 1) pierworódki - stwierdza się, gdy przez 2 godziny nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie, lub gdy silne, niedające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu;
 - 2) wieloródki - stwierdza się, gdy okres ten trwa dłużej niż 1 godzinę i nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie, lub gdy silne, niedające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu.
2. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu dalszą opiekę nad rodzącą obejmuje lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
3. W II okresie porodu należy:
 - 1) zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą;
 - 2) poinformować rodzącą, że w II okresie porodu powinna kierować się własną potrzebą parcia.
4. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje II okres porodu, opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego.
W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej;
 - 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę);
 - 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
 - 4) pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
 - 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
 - 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
 - 7) ochrony krocza - nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach;
 - 8) kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
 - 9) położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki pozwalają na to, oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła.

X. Postępowanie w III okresie porodu

1. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć 1 godziny. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w III okresie porodu nie powinna przekraczać 400 mililitrów krwi.
2. Poród w III okresie może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący.
3. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;

- 2) oznakowania noworodka, przed jego odpepnieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka;
- 3) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia;
- 4) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
- 5) oceny stanu noworodka - w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem resuscytacji;
- 6) przystawienia noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
- 7) w uzasadnionych sytuacjach podania leków naskurczowych¹⁾;
- 8) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza jego rozległości;
- 9) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
- 10) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
- 11) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska²⁾;
- 12) oceny kompletności płodu;
- 13) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

XI. Postępowanie w IV okresie porodu

1. W czasie IV okresu porodu zadania podejmowane są adekwatnie do potrzeb rodzącej oraz noworodka.
2. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
 - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
 - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkość krwawienia z dróg rodnych;
 - 3) kontrolę stanu kanału rodnego, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;
 - 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza;
 - 5) demonstrację karmienia piersią oraz przekazanie informacji na temat sposobu utrzymania laktacji;
 - 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.

XII. Opieka nad noworodkiem

1. Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką "skóra do skóry", który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować matkę i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
2. Należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar. Ocena ta może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne. Wyniki tej oceny należy odnotować w dokumentacji medycznej.
3. Ocenę, o której mowa w ust. 2, należy wykonywać:
 - 1) dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia - u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8-10 pkt Apgar);
 - 2) czterokrotnie: w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia - u noworodków urodzonych w stanie średnim (4-7 pkt Apgar) i ciężkim (0-3 pkt Apgar).
4. Zaleca się sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem przez tę samą osobę.

5. W miejscu, gdzie rodzi się noworodek, musi znajdować się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętność resuscytacji i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji.
6. Po pierwszym kontakcie z matką noworodek jest oceniany, jeżeli to możliwe w obecności matki, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia właściwej, ze względu na zdrowie noworodka, temperatury otoczenia. Ocena obejmuje:
 - 1) stan ogólny oraz adaptację pourodzeniową noworodka, ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia i układu oddechowego;
 - 2) ewentualną obecność wad rozwojowych - kontrola drożności przetyku, nozdrzy przednich i tylnych oraz odbytu;
 - 3) ewentualną obecność uszkodzeń wynikających z przebiegu porodu.
7. Po przeprowadzonej ocenie stanu noworodka należy dokonać pomiarów antropometrycznych:
 - 1) masy ciała,
 - 2) długości ciała (bez prostowania kończyn dolnych w stawach biodrowych),
 - 3) obwodu głowy,
 - 4) obwodu klatki piersiowej- których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.
8. W okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka przez:
 - 1) dostarczenie matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią;
 - 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowego karmienia piersią, uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na różne okresy czasu, a jeżeli noworodek nie budzi się, należy go budzić do karmienia po 4 godzinach, licząc od ostatniego karmienia;
 - 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
 - 4) dokonywanie, w okresie pierwszych dni po urodzeniu, podczas karmienia bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia, których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej;
 - 5) niepodawanie noworodkom karmionym piersią do picia wody, roztworu glukozy lub niedokarmianie ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych;
 - 6) niestosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka.
9. W okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, w obecności matki, wykonuje poszerzone badanie kliniczne obejmujące w szczególności:
 - 1) ciepłotę ciała;
 - 2) zabarwienie powłok skórnych;
 - 3) wydolność oddechową (tor oddychania, częstość oddechów, zaburzenia oddychania);
 - 4) stan świadomości;
 - 5) napięcie mięśni i aktywność ruchową.
10. Plan badania klinicznego noworodka:
 - 1) wygląd dziecka:
 - a) ocena ułożenia ciała,
 - b) ocena zabarwienia powłok skórnych (różowe, czerwone, blade, sine, żółte),

- c) badanie w kierunku występowania ewentualnych nieprawidłowości uwarunkowanych chromosomalnie (w szczególności: zespół Downa, zespół Turnera),
- d) ocena adekwatności masy ciała do czasu trwania ciąży (prawidłowa, za duża lub za mała) - w przypadku wątpliwości ocena dojrzałości wg skali Ballard;
- 2) skóra: obecność znamion, odbarwień smółką, wybroczyn, otarć, nacięć, miejscowej sinicy;
- 3) głowa:
 - a) ocena wielkości i napięcia ciemniaczek (przedniego i tylnego),
 - b) ocena obwodu głowy,
 - c) ocena w kierunku ewentualnej obecności krwiaka podokostnowego;
- 4) twarz:
 - a) ocena osadzenia gałek ocznych,
 - b) badanie w kierunku stwierdzenia obecności ewentualnych wylewów dospojówkowych,
 - c) ocena powiek,
 - d) obecność zaćmy (czerwony refleks),
 - e) ocena budowy żuchwy i warg;
- 5) jama ustna:
 - a) symetria i wielkość języka,
 - b) ocena podniebienia;
- 6) kończyny górne i dolne:
 - a) ocena proporcji budowy,
 - b) liczba palców,
 - c) ocena ruchomości biernej i czynnej,
 - d) obecność ewentualnych objawów niedowładu splotu barkowego (porażenie typu Erba lub Klumpkego),
 - e) obecność ewentualnych obrzęków;
- 7) klatka piersiowa:
 - a) ocena proporcji budowy z uwzględnieniem grzbietowej powierzchni i kręgosłupa,
 - b) ocena toru oddechowego i częstości oddechów,
 - c) osłuchiwanie i ocena prawidłowości szmerów oddechowych,
 - d) ocena gruczołów sutkowych;
- 8) układ krążenia:
 - a) ocena tonów i szmerów serca,
 - b) ocena uderzenia koniuszkowego,
 - c) ocena tętna na tętnicach ramiennych i udowych;
- 9) brzuch:
 - a) ocena wątroby i śledziony,
 - b) badanie palpacyjne w kierunku wykrycia oporów patologicznych w jamie brzusznej;
- 10) narządy płciowe: ocena prawidłowości i dojrzałości budowy narządów płciowych zewnętrznych;
- 11) ośrodkowy układ nerwowy:
 - a) ocena zachowania (stan pobudzenia, ciągły płacz, charakter krzyku, senność i apatia),
 - b) ocena ułożenia kończyn,
 - c) ocena symetrii odruchów Moro i chwytnych;

- 12) badanie stawów biodrowych w kierunku obecności ewentualnego objawu przeskakiwania.
11. Noworodki ze stwierdzonymi podczas badania, o którym mowa w ust. 10, zaburzeniami, mogącymi stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, należy niezwłocznie przekazać do oddziału patologii noworodka o poziomie referencyjnym adekwatnym do potrzeb zdrowotnych noworodka.
 12. W okresie pierwszych 48 godzin po urodzeniu należy przeprowadzać regularną ocenę stanu ogólnego noworodka, w tym zabarwienia skóry, stanu nawodnienia oraz wypróżnień.
 13. Noworodkowi należy wykonać czynności profilaktyczne obejmujące:
 - 1) profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K przez jednorazowe podanie witaminy K, zgodnie z aktualnymi zaleceniami;
 - 2) profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, zgodnie z aktualnymi zaleceniami;
 - 3) szczepienia ochronne, zgodnie z odrębnymi przepisami;
 - 4) podanie dodatkowo immunoglobulin anty-HBs dzieciom matek z HBs dodatnim (uodpornienie czynno-bierne);
 - 5) rozpoczęcie profilaktyki krzywicy, zgodnie z aktualnymi zaleceniami.
 14. Noworodkowi należy wykonać obowiązujące badania przesiewowe, w szczególności w kierunku fenyloketonurii, mukowiscydozy, wrodzonej niedoczynności tarczycy oraz badanie przesiewowe słuchu.
 15. U każdego noworodka należy wykonać przesiewowe badanie pulsoksymetryczne w celu wczesnego wykrycia bezobjawowych, krytycznych wad serca. Pomiar saturacji należy przeprowadzić na prawej kończynie dolnej w ciągu 2-3 min w czasie między 2. a 24. godz. po urodzeniu. Saturacja $\geq 95\%$ jest wskazaniem do wykonania badania echokardiograficznego w trybie pilnym.
 16. Należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje dotyczące:
 - 1) istotnych danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu;
 - 2) wykonanych pomiarów antropometrycznych;
 - 3) wykonanych szczepień ochronnych;
 - 4) wykonanych badań przesiewowych;
 - 5) wykonanych czynności profilaktycznych;
 - 6) pobytu dziecka w szpitalu;
 - 7) wydanych zaleceń żywieniowych, pielęgnacyjnych oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych.
 17. Należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym dokumentację noworodka określoną przepisami o aktach stanu cywilnego.

XIII. Podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków

1. Noworodka wymagającego podjęcia zabiegów resuscytacyjnych bezpośrednio po urodzeniu należy ująć w czysty i ogrzany ręcznik, zaciśnąć pępowinę, osuszyć i owinąć go czystym i ogrzanym ręcznikiem lub ułożyć na płaskiej powierzchni pod promiennikiem ciepła, zapewnić utrzymanie odpowiedniej temperatury otoczenia.
2. Przed zabiegiem resuscytacji należy ocenić stan noworodka na podstawie następujących parametrów:
 - 1) zabarwienia powłok na tułowie, wargach i na języku;
 - 2) napięcia mięśniowego;
 - 3) częstości i toru oddychania;
 - 4) częstości akcji serca - sprawdzanej stetoskopem;

3. Parametry wymienione w ust. 2 należy wielokrotnie kontrolować w trakcie zabiegów resuscytacyjnych.
4. Noworodek, który oddycha regularnie, ma czynność serca 100 lub więcej uderzeń na minutę, wykazuje różowe zabarwienie tułowia i ma dobre napięcie mięśniowe, nie wymaga dalszych zabiegów resuscytacyjnych i powinien być przekazany matce.
5. Noworodek, który ma czynność serca poniżej 100 uderzeń na minutę, oddycha nieregularnie lub wykazuje brak akcji oddechowej, ma sine lub blade zabarwienie powłok i obniżone napięcie mięśniowe, wymaga podjęcia zabiegów resuscytacyjnych. Pierwszym etapem resuscytacji jest udrożnienie dróg oddechowych.
6. W celu udrożnienia dróg oddechowych należy:
 - 1) ułożyć główkę dziecka w pozycji neutralnej, umieszczając pod barkami dziecka niewielki wałek;
 - 2) unieść żuchwę lub wykonać rękoczyn wysunięcia żuchwy, wykazując ostrożność, by nie uszkodzić tkanek miękkich dna jamy ustnej;
 - 3) oczyścić drogi oddechowe przez:
 - a) usunięcie krwi, mazi płodowej, smółki, śluzu lub wymiociny, stosując odessanie przy użyciu laryngoskopu i miękkiego cewnika,
 - b) zaintubowanie i wykonanie odsysania, wprowadzając cewnik do rurki intubacyjnej na maksymalnie możliwą głębokość - w przypadku zachłyśnięcia smółką noworodka z depresją oddychania; w czasie wysuwania cewnika zastosować ujemne ciśnienie ssania na poziomie 20-30 cm H₂O; zabieg odsysania należy powtarzać do chwili stwierdzenia w cewniku treści smółkowej; żywotnego noworodka z podejrzeniem zachłyśnięcia smółką nie należy odsysać z tchawicy; w czasie odsysania obowiązuje stała kontrola częstości pracy serca (w przypadku zwolnienia akcji serca poniżej 100 uderzeń na minutę należy przerwać odsysanie do czasu przyspieszenia akcji serca powyżej 100 uderzeń na minutę).
7. W przypadku podjęcia przez noworodka regularnego oddychania charakteryzującego się prawidłowymi ruchami klatki piersiowej i różowym zabarwieniem powłok skórnych należy noworodkowi zapewnić komfort termiczny i regularnie oceniać jego stan kliniczny. Przy braku regularnej czynności oddechowej lub sinym zabarwieniu powłok noworodka należy kontynuować zabiegi resuscytacyjne przez wykonanie 5 oddechów, każdy trwający 2-3 sekundy - wdech powietrzem lub tlenem. Zaleca się stosowanie sztucznej wentylacji za pomocą urządzeń pozwalających na kontrolę parametrów ciśnienia i stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej, w tym:
 - 1) urządzenia ograniczającego ciśnienie z zastawką bezpieczeństwa i możliwością wytworzenia wyższego ciśnienia, jeśli okaże się to potrzebne;
 - 2) zestawu składającego się z worka samorozprężalnego z maską, przy zapewnieniu objęcia maską ust i nosa noworodka.
8. W przypadku braku czynności oddechowej należy noworodka zaintubować, jeżeli nie był zaintubowany wcześniej, i rozpocząć stosowanie sztucznej wentylacji.
9. Sztuczną wentylację z użyciem tlenu należy stosować pod ciśnieniem 25-35 cm H₂O, rozpoczynając od stężenia 30-35 % i zwiększając stężenie tlenu w przypadku braku efektu, kontrolując równocześnie czynność serca oraz zabarwienie skóry noworodka. W przypadku uzasadnionego zastosowania 100 % tlenu w czasie wentylacji noworodka po urodzeniu należy jak najszybciej dążyć do redukcji tego stężenia.
10. Wentylację z częstością 30-40 oddechów na minutę należy kontynuować do momentu powrotu spontanicznej czynności oddechowej lub podłączenia noworodka do respiratora, kontrolując równocześnie częstość akcji serca poprzez osłuchiwanie okolicy przedsercowej. Podczas wentylacji klatka piersiowa noworodka powinna delikatnie

unosić się podczas wykonywanych wdechów. Jeżeli klatka piersiowa dziecka nie unosi się podczas wykonywanych wdechów, należy poprawić drożność dróg oddechowych i wykonać rękoczyn wysunięcia żuchwy, jeżeli dotąd tego nie zrobiono. Wskazane jest, aby utrzymywanie drożności dróg oddechowych i prowadzenie wentylacji wykonywały dwie osoby.

11. W przypadku gdy częstość pracy serca noworodka wynosi mniej niż 60 uderzeń na minutę, należy podjąć pośredni masaż serca. W prowadzeniu resuscytacji noworodka obejmującej pośredni masaż serca niezbędny jest udział dwóch osób. Osoba wykonująca pośredni masaż serca musi wykonać następujące czynności:
 - 1) objąć dłońmi klatkę piersiową noworodka i ułożyć oba kciuki na powierzchni 1/3 dolnej części mostka;
 - 2) wykonywać kciukami regularne uciski dolnej części mostka z częstością około 90 ucisków na minutę, na głębokość 1/3 wymiaru przednio-tylnego klatki piersiowej;
 - 3) zwiększyć stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej o 20-30 %, uzależniając wartość stężenia tlenu od zabarwienia powłok skórnych.
12. Pośredni masaż serca i wentylację należy wykonywać z zachowaniem stosunku 3:1 (90 uciśnień klatki piersiowej i 30 oddechów na minutę).
13. W przypadku gdy po około 30 sekundach pośredniego masażu serca i wentylacji płuc:
 - 1) samoistna czynność serca wzrośnie do ponad 60 uderzeń na minutę i dalej przyspiesza, należy przerwać masaż serca i kontynuować wentylację;
 - 2) samoistna czynność serca nie ulega przyspieszeniu, należy:
 - a) podać 0,1-0,3 ml/kg adrenaliny w roztworze 1:10000 (dawkę można powtórzyć kilkakrotnie w odstępach kilkuminutowych, nie przekraczając łącznej dawki 0,3 ml/kg):
 - przez kaniulę lub cewnik wprowadzony do żyły pępowinowej,
 - za pomocą rurki dotchawiczej, w przypadku braku dostępu dożylnego,
 - b) kontynuować pośredni masaż serca i wentylację, planując kolejne działania obejmujące zapewnienie dostępu do układu krążenia drogą:
 - żyły pępowinowej,
 - żyły obwodowej,
 - jamy szpikowej (z tego dostępu można skorzystać w przypadku trudności z wykorzystaniem innych dróg dostępu),
 - c) podjąć działania dla skorygowania potencjalnie odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia, takich jak:
 - hipowolemia (podać 10 ml/kg płynu krystaloidowego lub krwi),
 - hipotermia,
 - hipoglikemia,
 - odma pętna.
14. Noworodkowi nie należy podawać leków przed zapewnieniem dobrej wentylacji płuc i pośredniego masażu serca.
15. Zabiegi resuscytacyjne należy niezwłocznie rozpocząć od zaintubowania i odessania noworodka oraz wdrożenia masażu pośredniego serca i wentylacji 40-60 % tlenem - w przypadku noworodka, który urodzi się w stanie śmierci klinicznej (Apgar-0).

XIV. Połóg

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.
2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:
 - 1) stanu ogólnego położnicy;

- 2) stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek;
- 3) laktacji;
- 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
- 5) higieny ciała;
- 6) stanu psychicznego położnicy;
- 7) relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny.
3. Położnicy zapewnia się poradnictwo laktacyjne.
4. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacji niepowodzeń położniczych lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo małej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego lub z wadą wrodzoną.
5. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:
 - 1) stanu ogólnego noworodka (ciepłota ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
 - 2) obecności odruchów noworodkowych;
 - 3) stanu skóry (w szczególności: zażółcenie powłok skórnych, zaczerwienienie - rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypka, ciemieniucha, zasinienie, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
 - 4) odżywiania - określenie rodzaju pokarmu (karmienie naturalne, sztuczne, mieszane), techniki i sposobu karmienia, dopajania oraz objawów zaburzeń jelitowych (ulewanie pokarmu, kołka jelitowa);
 - 5) oczu (obrzęk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniawki);
 - 6) zachowania się dziecka (sen, aktywność ruchowa, płacz);
 - 7) sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubranie);
 - 8) stanu kikutu pępownicy (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);
 - 9) higieny pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
 - 10) wykonania badań przesiewowych oraz szczepień zgodnie z odrębnymi przepisami.
6. Wyniki ocen położnicy i noworodka określonych w ust. 2 i 5 odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
7. Opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.
8. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka; zgłoszenie zawiera imię i nazwisko matki, numer PESEL matki lub nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku matki nieposiadającej numeru PESEL, godzinę i datę urodzenia dziecka, płeć dziecka oraz dokładny adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu.
9. Położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).
10. Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka, poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.
11. Podczas wizyt położna w szczególności:
 - 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
 - 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;

- 3) udziela rad i wskazówek na temat opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji;
 - 4) ocenia, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;
 - 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej;
 - 6) ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;
 - 7) wspiera w sytuacjach trudnych;
 - 8) ustala sposób żywienia noworodka ze szczególnym zwróceniem uwagi na celowość karmienia piersią, pomaga położnicy rozwiązywać problemy dotyczące karmienia piersią;
 - 9) pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
 - 10) edukuje w zakresie profilaktyki przeciwwkrzywicznej i przeciwwkrwotocznej;
 - 11) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
 - 12) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii w 6. tygodniu porodu;
 - 13) udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia;
 - 14) udziela porad na temat minimalizowania stresu i radzenia sobie ze stresem;
 - 15) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu na zdrowie, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w porodu, diety matki karmiącej, karmienia piersią, rozwiązywania problemów związanych z laktacją i zapobiegania tym problemom, pielęgnacji rany krocza oraz pielęgnacji skóry dziecka;
 - 16) realizuje samodzielnie świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i ewentualnie rehabilitacyjne, wynikające z planu opieki nad położnicą i noworodkiem;
 - 17) zdejmuje szwy z krocza;
 - 18) realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;
 - 19) wykonuje czynności diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne zlecone przez lekarza;
 - 20) współpracuje w realizacji opieki z położnicą i zespołem terapeutycznym;
 - 21) motywuje do prowadzenia gimnastyki, udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w porodu jako metody zapobiegania nietrzymaniu moczu;
 - 22) udziela instruktażu w zakresie możliwych technik kąpieli noworodka oraz pielęgnowania skóry, kikutu pępownicy i dna pępka;
 - 23) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu porodu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
 - 24) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w porodu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy; wskazuje instytucje, w których może uzyskać stosowną pomoc.
12. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
 13. Po ukończeniu przez dziecko 6 tygodnia życia położna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

- 1) Po odpepnienu noworodka zalecane jest profilaktyczne podanie matce leków naskurczowych. Lekiem z wyboru jest oksytocyna podawana w dawce od 3 do 5 IU dożylnie w bolusie lub domięśniowo.
- 2) Aktywne wydalenie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy (poza przypadkami krwotoku) oraz pociąganie za pępowinę.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092) minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Opracowany na podstawie powyższej delegacji ustawowej projekt rozporządzenia określa standardy postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.

Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259) wydane na podstawie art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), utraci moc z dniem 2 lipca 2012 r., w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która uchylila ww. ustawę.

W niniejszym rozporządzeniu wprowadzono zmianę nazwy podmiotów, które będą zobowiązane do jego stosowania, zgodnie z terminologią przyjętą w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – zakłady opieki zdrowotnej zastąpiono podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą. Ponadto, względem poprzedniego rozporządzenia w projektowanym rozporządzeniu wprowadzono drobne zmiany redakcyjne. Dodatkowo, doprecyzowano kwestię odpowiedzialności prawnej i zawodowej osób sprawujących opiekę za podejmowane działania poprzez odwołanie się bezpośrednio do ustawy z dnia 2 grudnia o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657) oraz do ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038). Doprecyzowano również kwestię dokumentu potwierdzającego tożsamość matki nieposiadającej numeru PESEL. Ujednolicono także

terminologię dotyczącą lekarzy sprawujących opiekę – w projekcie zastąpiono termin lekarza ginekologa na lekarza specjalistę w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Opracowany dokument określa polskie standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej w czasie ciąży, podczas porodu fizjologicznego i położu oraz opieki nad noworodkiem. Został on opracowany z uwzględnieniem wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), medycyny opartej na dowodach naukowych oraz doświadczeń polskich w zakresie opieki nad matką i dzieckiem. Został też dostosowany do systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej i prawodawstwa polskiego, ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta. Jego celem jest poprawa jakości opieki okołoporodowej w Rzeczypospolitej Polskiej, która powinna być realizowana poprzez:

- 1) ograniczenie nadmiernej medykalizacji porodu fizjologicznego,
- 2) przestrzeganie praw pacjenta,
- 3) stosowanie zasad trójstopniowej opieki perinatalnej,
- 4) zwiększanie satysfakcji pacjentek z opieki,
- 5) optymalizację kosztów opieki i adekwatną do potrzeb dystrybucję środków finansowych.

Celem opieki medycznej w okresie okołoporodowym jest osiągnięcie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy możliwie jak najniższym poziomie interwencji medycznej, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo oznacza, że opieka opiera się na praktykach, których skuteczność została udowodniona, co zapewnia zminimalizowanie ryzyka i błędów i zapewnia wsparcie dla fizjologicznego przebiegu porodu. Ingerencja w naturalny proces porodu musi wiązać się z medycznie uzasadnioną przesłanką. Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces porodu, np. znieczulenie farmakologiczne lub poród zabiegowy oznacza, iż poród wymaga zastosowania szczególnych procedur, wykraczających poza niniejszy standard.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja

Projektowane zmiany będą oddziaływać na kobiety w okresie ciąży, porodu i porodu, lekarzy położników - ginekologów oraz położne sprawujące opiekę nad tymi kobietami, jak również noworodkami.

2. Konsultacje społeczne

Projekt rozporządzenia został przesłany do konsultacji społecznych następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Izbie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 4) Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”;
- 5) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 6) Forum Związków Zawodowych;
- 7) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych „Lewiatan”;
- 9) Business Centre Club;
- 10) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie neonatologii;
- 11) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie pediatrii;
- 12) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
- 13) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego;
- 14) Fundacji „Rodzić po Ludzku”.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z 2009 r. Nr 42, poz. 337 oraz z 2011 r. Nr 106, poz. 622 i Nr 161 poz. 996) projekt rozporządzenia został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowana regulacja nie spowoduje skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, w tym budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Projektowane rozporządzenie zastępuje obowiązujące obecnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259). W projektowanym rozporządzeniu nie zostały zawarte żadne zmiany w porównaniu do dotychczasowego brzmienia rozporządzenia, które mogłyby wpływać na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie społeczeństwa

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia będą miały wpływ na poprawę jakości opieki okołoporodowej w Rzeczypospolitej Polskiej oraz na zdrowie populacji kobiet i dzieci.

8. Wpływ regulacji na środowisko

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na środowisko.