

HISTORIA ACOMPAÑAMIENTO CENTRO MI MATRONA

Nuestra inquietud es facilitar a la madre, su pareja y al bebé el mejor parto y nacimiento posible.

Nuestra satisfacción es saber que esto es una realidad.

Animamos a que cada mujer explore su propio cuerpo, sus deseos, sus emociones y sus límites, de tal manera que cuando le llegue el momento de tener a su hijo, tanto ella como nosotros, conozcamos cuáles son sus necesidades y podamos satisfacerlas.

Los profesionales de la obstetricia debemos tener un solo objetivo: acompañar, cuidar y fundamentalmente respetar los deseos y decisiones de la mujer, siempre que éstos no la dañen. Las mujeres deben recobrar este espacio propio, tal vez el más importante y trascendente de la vida, eligiendo con libertad.

(Raquel Schallman)

Nombre de la madre:..... fecha de nacimiento:.....

Correo electrónico.....

Nombre de la pareja:..... fecha de nacimiento:.....

Correo electrónico.....

Ocupación actual de la madre..... profesión.....

Ocupación actual de la pareja..... profesión.....

Fecha probable de parto

Domicilio:.....

.....

Teléfonos:.....

Indicaciones para llegar a la casa. Si es complicado, añadir un esquema:.....

.....

.....

Nombre de las matronas por orden alfabético:

- 1.-teléfono.....
 2.-teléfono.....
 3.-teléfono.....

CUESTIONARIO

¿Hay alguna enfermedad importante en la familia materna?

.....

¿ Hay alguna enfermedad importante en la familia de la pareja?

.....

Madre: Si has tenido alguna de estas enfermedades, señala y anota en las líneas en blanco la fecha y el tratamiento que te dieron.

Enfermedades:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> De transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Varices |
| <input type="checkbox"/> Otras psicológicas | <input type="checkbox"/> Renales | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> De la piel |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cardiacas | <input type="checkbox"/> De la espalda |
| <input type="checkbox"/> Flebitis | | | |

.....

Explicad lo que os han contado de vuestro propio nacimiento vuestras respectivas madres
Parto de la madre

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Parto de la pareja

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Madre:

¿Cuáles consideras que son tus puntos fuertes a nivel personal?

.....
.....
.....
.....

¿Y tus puntos débiles?

.....
.....
.....
.....

Pareja:

¿Cuáles consideras que son tus puntos fuertes a nivel personal?

.....
.....
.....
.....

¿Y tus puntos débiles?

.....
.....
.....
.....

Respecto a este embarazo:

Anota el primer día de la última regla

.....

¿Sabes en qué fecha te quedaste embarazada?

.....

¿En qué mes de embarazo te encuentras?

.....

¿Deseabais este bebé?.....

.....

¿Cómo se está desarrollando el embarazo? Contad todo lo que consideréis interesante

.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Has tenido algún problema (trastorno, enfermedad, ingreso hospitalario, intervención quirúrgica, etc.) durante el embarazo?

.....
.....
.....
.....

¿Tomas o has tomado algún medicamento, producto homeopático o sustancias de otro tipo?

.....
.....
.....
.....

Comenta los cambios físicos molestos surgido a raíz del embarazo

.....
.....
.....
.....

Comentad los cambios psicológicos surgidos a raíz del embarazo

.....
.....
.....
.....
.....

¿Cómo habéis vivido los cambios que se han ido produciendo durante el embarazo a nivel físico y psíquico en vuestra relación de pareja?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Cuánto has aumentado de peso hasta el momento?.....

¿Cuáles son tus hábitos alimenticios? Si no tienes hábitos particulares, haz una relación de lo que sueles comer en cada una de las comidas de un día

.....
.....
.....

¿Qué hacéis para sentirnos bien físicamente?

.....
.....
.....

¿Qué hacéis para sentirnos bien emocionalmente?

.....
.....
.....

¿Qué miedos tenéis en cuanto al embarazo?

Madre

.....
.....
.....

Pareja

.....
.....
.....

¿Qué miedos tenéis en cuanto al nacimiento del bebé?

Madre

.....
.....
.....

Pareja

.....
.....
.....

¿Qué miedos tienes en cuanto a la maternidad como madre?

.....
.....
.....

¿Qué miedos tienes en esta nueva etapa como pareja?

.....
.....
.....

¿Qué esperáis que ocurra el día del parto?

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

¿Qué esperáis de las matronas que os acompañan en el parto?

.....
.....
.....
.....

¿Qué papel creéis que desempeña la pareja en el momento del parto?

.....
.....
.....
.....

¿Habéis realizado preparación al parto y al nacimiento? ¿dónde?