

# Mẫu Đơn Cho Cách Sinh Sản Tùy Thích

## Birth Preferences Form (Vietnamese)

Chúng tôi sử dụng trang này để tìm hiểu các sở thích của quý vị về việc chuyển dạ và sinh đẻ. Hãy duyệt lại nó với bác sĩ của quý vị và mang nó đến bệnh viện phụ sản của quý vị để chia sẻ với y tá và đội ngũ chăm sóc y tế của quý vị. Hãy nhớ rằng không ai biết được quá trình sinh đẻ của quý vị sẽ diễn ra như thế nào, vì vậy chúng tôi khuyến khích quý vị nên uyển chuyển/linh hoạt để thay đổi ý định. Xin vui lòng xem trang Hướng Dẫn Cho Người Sử Dụng Cách Sinh Sản Tùy Thích để biết thêm thông tin.

Tên Họ / Name: \_\_\_\_\_ Tháng/ngày/năm sinh / Date of birth: \_\_\_\_\_

Tên đối tác/ bạn đời, nếu áp dụng / Partner name, if applicable: \_\_\_\_\_

Về tôi/chúng tôi / About me/us:

Đội trợ giúp sinh đẻ (tên và mối quan hệ) / Labor support team (names and relationships):

Những hy vọng cho lần sinh này / Hopes for this birth:

Những quan tâm về lần sinh này / Concerns about this birth:

### Sự kiểm soát giảm đau / Pain management

- Tôi định gây tê cột sống / I plan an epidural  Tôi muốn sinh không dùng thuốc / I desire an unmedicated birth
- Tôi sẵn sàng cho / I am open to:  gây tê cột sống / an epidural  Thuốc giảm đau qua ống IV / IV pain medication
- Tôi muốn dùng các kỹ thuật thoải mái sau đây / I would like to use the following comfort techniques:
- Quả bóng trợ sanh đẻ / Birth ball  Âm nhạc/Im lặng / Music/Quiet  Tư thế khác nhau / Different positions
- Hình ảnh trực quan / Visualization  Xoa bóp / Massage  Mùi hương trị liệu / Aromatherapy
- Bồn/Vòi sen / Tub/Shower  Kỹ thuật hít thở / Breathing techniques

Nếu áp dụng / If applicable:

Thước Đo Kiểm Soát Đau Penny Simkin ưu tiên # \_\_\_\_\_ hoặc dùng từ mã/mã tự để yêu cầu thuốc: \_\_\_\_\_  
Penny Simkin pain management preference # or code word to request medication:

### Chuyển dạ và sinh đẻ / Labor and birth:

- Giám sát em bé của tôi / Monitoring of my baby:  Từng hồi, nếu thích hợp cho hoàn cảnh của tôi/v Intermittent, if appropriate for my situation  Liên tục / Continuous  Lưu động / Mobile
- Dùng đầu ống nhựa IV đã được ghim thông vào tĩnh mạch của quý vị để bơm thuốc vào (Hep-Lock) thay vì được kết nối với dây truyền dịch, trừ phi cần thiết. / Medication access point (Hep-Lock) rather than being connected to the IV, unless necessary
- Tôi muốn thử các tư thế khác nhau để rặn đẻ / I would like to try different positions for pushing: \_\_\_\_\_
- Tôi muốn một cái gương để thấy đầu em bé của tôi / I would like a mirror to see my baby's head.
- Tôi muốn chạm vào đầu của em bé tôi khi nó ló ra / I would like to touch the baby's head as it emerges

Nếu sinh mổ là cần thiết, tôi muốn /If a cesarean birth is necessary, I would like \_\_\_\_\_  
để đi kèm tôi trong phòng mổ / to accompany me in the operating room.

Nếu em bé phải đi vào phòng chăm sóc trẻ sơ sinh đặc biệt (NICU), tôi muốn / If the baby has to go to the NICU, I  
would like \_\_\_\_\_ để đi kèm với em bé /to accompany the  
baby.

**Sau khi em bé của bạn chào đời / After your baby is born:**

Tôi định cho bú sữa mẹ / I plan to breastfeed. Những lo lắng về cho bú /Concerns about feeding.? \_\_\_\_\_

Những câu hỏi về thủ tục / Questions about routine:  Sinh tố K / Vitamin K  Thuốc bôi mắt / Eye ointment  
 Thuốc ngừa viêm gan B / Hepatitis B vaccine  Thuốc pitocin hậu sản / Postpartum pitocin

Nếu em bé của tôi là trai, tôi định cho cháu được cắt da bao quy đầu / If my baby is a boy, I plan to have him circumcised.  
Đối tác/ bạn đời của tôi hoặc tôi muốn tắm cho em bé / My partner or I would like to bathe the baby.  Có / Yes  Không /No

**Máu dây rốn / Cord blood**

Trì hoãn kẹp dây rốn / Delay cord clamping  Hiến tặng / Donation  Gửi ngân hàng / Banking  
 \_\_\_\_\_ cắt dây rốn / cuts the cord

**Bác sĩ nhi khoa của con tôi là /My baby's pediatric provider is:**

Tên Họ /Name: \_\_\_\_\_ Phòng khám /Clinic: \_\_\_\_\_ Điện thoại /Phone: \_\_\_\_\_

Cách sinh tùy thích được duyệt xét bởi bác sĩ hoặc nữ hộ sinh: \_\_\_\_\_ Tháng/Ngày/ Năm: \_\_\_\_\_  
Birth preferences reviewed by doctor or midwife: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in their health programs and activities.

Chúng tôi không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác hoặc khuyết tật trong các chương trình và hoạt động y tế của họ.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711)