

	SUIVI A = faible niveau de risque => suivi possible par SF ou MG	SUIVI A1 = avis d'un obstétricien ou d'un autre spécialiste conseillé	SUIVI A2 = avis d'un obstétricien ou d'un autre spécialiste nécessaire	SUIVI B = suivi régulier par un gynécologue-obstétricien
FDR GÉNÉRAUX, TOXIQUES	. Vulnérabilité émotionnelle, suivi social...	. Age (inf. 18 ans - sup à 35 ans) . Alcoolisme sévère . Poids (IMC inf. à 17,5 - sup à 40)	. ATCD Familiaux : maladies génétiques . Médicaments potentiellement tératogènes ou usage de toxiques en préconceptionnel (cf. www.lecrat.org) . Risque professionnel (exposition à des produits toxiques ou tératogènes)	ATCD PERSONNELS NON GYNÉCOLOGIQUES . Anomalies de la coagulation et thrombopénie maternelle et Purpura . Asthme ou pathologie pulmonaire avec incidence sur la fonction pulmonaire . Chirurgies et pathologies cardiaques (dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres) . Hémoglobinopathie et drépanocytose : pathologie chez une mère homozygote . Hémorragie cérébrale, anévrisme . HTA, Diabète . Maladie de Basedow . Maladies de système et maladies rares (SEP, SAPL, Addison, sclérodémie...) . Néphropathie . Séropositivité VIH . Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire . Thrombopénie auto-immun
ATCD PERSONNELS NON GYNÉCOLOGIQUES	. Asthme modéré, ancien, contrôlé	. Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow . Pathologie rétinienne (dont myopie grave) . Portage Ag HBs . Usage de drogues illicites (sauf cannabis) et substituts (méthadone)	. Affection Hépatique (cholestase, adénome, maladie biliaire) => A2 précoce . Chimiothérapie et radiothérapie . Épilepsie traitée/non traitée => A2 précoce . Hémoglobinopathie et Drépanocytose chez une mère hétérozygote . Hépatite C ou B active . Maladies Inflammatoires Digestives (Crohn ou rectocolite hémorragique traitée) => A2 précoce . Maladies psychiatriques => A2 précoce . Trauma du bassin et/ou du rachis (fracture déplacée) . Uropathie	ATCD PERSONNELS GYNÉCOLOGIQUES . Distylbène Syndrome . Malformation utéro-vaginale
ATCD PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		. Mutilations sexuelles	. Chirurgie cervico-utérine : chirurgie du prolapsus, conisation, myomectomie, utérus cicatriciel	ATCD PERSONNELS LIÉS A UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE . Accouchement prématuré . Asphyxie périnatale avec séquelles . Béance cervicale et/ou cerclage . FC répétées au cours du 1 ^{er} trimestre sans étiologie . FC tardives au cours du 2 ^{ème} trimestre . HRP . Incompatibilité fœto-maternelle . MFIU d'origine vasculaire . Mort périnatale inexplicée . Prééclampsie, HELLP Syndrome . RCIU sévère (<3 ^{ème} perc)
ATCD PERSONNELS LIÉS À LA GROSSESSE PRÉCÉDENTE	. Dépression du post partum . Diabète gestationnel . Stress post traumatique	. Anomalie congénitale et/ou génétique d'un précédent enfant . Dystocie des épaules . Hémorragie post-partum sévère . Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie . Interruption volontaire de grossesse (plus de 2)	. Accouchement Prématuré => A2 précoce . Césarienne . Déchirure du sphincter anal . FC répétées au cours du 1 ^{er} trimestre sans étiologie . HTA gestationnelle . IMG . Psychose puerpérale	PATHOLOGIE APPARUE/CONSTATÉE PENDANT LA GROSSESSE . Anomalies de localisation du placenta . Béance cervicale, MAP . Cancer du sein . Cholestase gravidique . Coagulopathies et Thrombopénies maternelles . Grossesse gémellaire monochoriale, grossesse triple . Hémorragies fœto-maternelles . HRP . HTA gravidique . Hydramnios . Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire) . Infection (contexte) : Séroconversion Toxoplasmose, infection à CMV, HSV, B19, Varicelle/Zona, Rubéole, Chikungunya, BW, Listéria, Paludisme, Hépatite B, A, C, D ou E, Syphilis, infection VIH, Tuberculose . Intoxication au plomb, au monoxyde de carbone . MFIU . Néphropathie gravidique . Oligoamnios . Pré-éclampsie, HELLP Syndrome . RCIU . Réduction embryonnaire . Thrombose veineuse profonde . Vomissements gravidiques sévères des 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestres
PATHOLOGIE APPARUE / CONSTATÉE PENDANT LA GROSSESSE	. Anémie Gravidique . Maladie parodontale	. Accouchement sous X . Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale . Grande multipare (> 5) . Grippe . Récidive d'infection urinaire basse (> 2) . Tabac . Traitement de l'infertilité (> 1 an)	. Alcool . Amniocentèse/ponction des villosités chorales . Cancer du col . Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive . Diabète gestationnel . Fibrome utérin, kyste ovarien . Grossesse gémellaire bichoriale . Laparotomie en cours de grossesse . Macrosomie . Pertes de sang persistantes avant 16 SA et après 16 SA . Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques, irradiation . Pyélonéphrite . Traumatisme abdominal . Usage de drogues illicites . Vaginoses bactériennes . Vomissements gravidiques sévères du 1 ^{er} trimestre	
PATHOLOGIE SPÉCIFIQUE DU 9^{ème} MOIS			. Macrosomie	PATHOLOGIE SPÉCIFIQUES DU 9^{ème} MOIS . Grossesse non suivie, Dépassement de terme . Présentation non céphalique à terme . Suspicion de dystocie

INDICATIONS DE CONSULTATION PRÉ-CONCEPTIONNELLE

- . Antécédents génétiques familiaux ou personnels => Conseil génétique
- . Antécédents de grossesse pathologique => Obstétricien
- . Antécédents d'accouchement pathologique => Obstétricien
- . Pathologie associée traitée ou non => Spécialiste d'organe

Rappel : Toutes les femmes en désir de procréer doivent être supplémentées avant la grossesse et jusqu'à 10 SA par de l'acide folique 0,4 mg/jour (5 mg/jour si FdR)

- . Vérification dépistages à jour (FCU, IST, ...)
- . Vérification du statut vaccinal +/- rattrapage

RAPPEL :

Le carnet de maternité est le dossier commun unique et partagé, il est détenu par la patiente. Toute grossesse doit bénéficier sur le futur site d'accouchement d'une consultation obstétricale et anesthésique au cours du 3^{ème} trimestre vers 34-35 SA pour les grossesses sans risques, plus tôt pour les grossesses à risques vers 28-32 SA.

Indications d'hospitalisation ou d'avis d'urgence (liste non exhaustive)

- . Apparition d'une dyspnée anormale invalidante ou d'un malaise à l'effort
- . Diminution des MAF
- . Métrorragies
- . Perte de liquide
- . Contractions utérines régulières et/ou douloureuses
- . Prééclampsie : HTA (PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg) + protéinurie (ratio protéinurie/créatinurie ≥ 30 mg/mmol ou protéinurie ≥ 0,3 g / 24h) et/ou signes fonctionnels de prééclampsie.
- . Fièvre supérieure à 38°C
- . Chute, traumatisme ou accident

SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTEES (HAS 2016)