

ITEM 22 : GROSSESSE NORMALE

Suivi	<ul style="list-style-type: none"> - 60% de grossesses normales, 40% de grossesses difficiles avec 10% de grossesses à risques - 1 consultation préconceptionnelle au préalable (dans l'idéal) - 7 consultations prénatales obligatoires (remboursées à 100%) : 1^{ère} consultation dans les 3 mois (avant 15 SA) puis 1/mois → La 1^{ère} consultation peut être faite par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue ou obstétricien), les autres consultations peuvent être suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste en cas de grossesse sans risque → Le relai entre médecin généraliste et l'équipe obstétricale (médecin ou sage-femme) se fait < 30 SA (7, 8 et 9^e mois) - 1 entretien prénatal de prévention au 4^e mois ; individuel ou en couple par un professionnel de la périnatalité - 3 échographies obligatoirement proposées (non obligatoires) pour une grossesse normale : remboursées à 100%, nécessité du consentement écrit de la patiente - Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) : 2 consultations par une sage-femme à domicile - 1 consultation post-natale dans les 6 à 8 semaines du post-partum (remboursées à 100%) 		
Modifications physiologiques durant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Poumon : Augmentation du diamètre transverse de la cage thoracique, surélévation du diaphragme, augmentation de la ventilation et de la consommation en O₂, augmentation du volume courant et diminution du volume résiduel (PCO₂ naturellement plus basse que la normale) - Cardiovasculaire : Les œstrogènes agissent sur la FC et le DC, progestérone agit sur le relâchement veineux et la rétention hydrique, majoration de la rénine, de la pro-rénine et de l'aldostérone (effet Poseiro : compression cave en position allongé) - Digestif : Diminution du tonus du SIO, du péristaltisme, majoration de la synthèse d'albumine, des triglycérides et des PAL, VB atone et vidange ralentie, grêle de mobilité réduite, réabsorption d'eau majorée au niveau du côlon. - Endocrinologie : hyper-vascularisation et hyperplasie de l'hypophyse, ocytocine, hypercorticisme, hypertrophie thyroïdienne, TSH basse avec T3-T4 normales, hypocalcémie. - SNC : Sécrétion d'endorphines et d'enképhalines, insomnie, attention modifiée, « post-partum blues » - Yeux : Augmentation de PIO, œdème cornéen - Rhumatologie : lordose, mobilité des os du bassin - Peau : Vergetures, ligne brune, masque de grossesse, érythrose palmaire - Seins : volume augmenté, modification des aréoles et des mamelons - Constantes : Leucocyte < 15 000, Hb = 11-12 g/dl, PNN augmentés, myélocytes et métamyélocytes = 3%, VS augmenté, plaquettes diminuées au T3, fibrinogène augmenté (5-6g/l), FVII et VIII très augmentés, FII, X, X, XII augmentés, FV inchangé, FXI ET XIII diminués, ATIII et protS diminués, activité fibrinolytique diminuée - Métabolisme : Majoration de 15 à 30% de la DER, gain pondéral recommandé pour une patiente ayant un IMC entre 18,5-24,9 : + 11,5 à 16 Kg 		
1^{er} trimestre	1^{ère} CS = < 3 mois < 15 SA	Confirmation de l'état de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Retard des règles - Signes sympathiques de grossesse : tension mammaire, somnolence, fatigue, pollakiurie, puis nausées, voire vomissements - Examen au spéculum (non systématique) : col violacé, glaire cervicale coagulée voire absente - TV : utérus globuleux, augmenté de volume (7 SA = mandarine, 10-12 SA = orange, 14 SA = pamplemousse), ramollissement utérin > 8 SA - BDC fœtal (Doppler fœtal) : perçus à la fin du 3^e mois (9-10 SA), 190-200 bpm à 9 SA, 130-150 bpm à 14 SA - Test urinaire de grossesse - Dosage qualitatif de β-hCG (très fiable) : seulement en cas de doute diagnostique - Echographie pelvienne : grossesse visible à partir de 5 SA et activité cardiaque à partir de 5 SA ½ avec une échographie vaginale
		Datation théorique du terme	<ul style="list-style-type: none"> - Date de début de grossesse (DDG) = 14 jours après les dernières règles → En cas de cycle modifié ≠ de 28 jours (seule la phase folliculaire est modifiée, la phase lutéale est constante à 14 jours) : DDG = (durée du cycle - 14) jours après les dernières règles → En cas d'infertilité : DDG = date du décalage thermique → En cas de FIV : DDG = date de ponction → Mesure échographique de la longueur craniocaudale (LCC) entre 11 et 13 SA + 6 (LCC = 45-84 mm) - Date du terme : DDG + 9 mois (varie entre 280 et 290 jours soit 40 et 41 SA = 40,4 SA en moyenne)
		Evaluation du risque de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Terrain : âge < 15 ans ou > 35 ans, IMC > 25, tabac, alcool, toxicomanie, HTA, diabète... - Traitements - Antécédents familiaux : maladie héréditaire, thrombo-embolique... - Antécédents personnels : gynécologiques, obstétricaux, chirurgicaux, médicaux, infectieux - Contexte socio-économique : précarité, chômage, mère célibataire
		Suivi recommandé	<ul style="list-style-type: none"> - A = grossesse sans risque : suivi par un médecin ou une sage-femme - A1 = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste conseillé - A2 = avis d'un gynécologue-obstétricien ou autre spécialiste nécessaire - B = haut risque : suivi régulier par un gynécologue-obstétricien

1 ^{er} trimestre	1 ^{ère} CS = < 3 mois < 15 SA	Bilan obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} détermination ABO, Rh complet et Kell (si aucune détermination complète) et RAI → Si la femme est rhésus D négatif et le père positif : génotypage du rhésus fœtal proposé sur sang maternel dès 11 SA (prise en charge et remboursement par l'assurance maladie) → Si le fœtus est rhésus D négatif : confirmation sur 2^e prélèvement au minimum 15 jours après le 1^{er} et au-delà de 18 SA → Absence d'immunoprophylaxie ciblée et systématique → Si le fœtus est rhésus D positif : pas de 2^e prélèvement et immunoprophylaxie nécessaire en cas de situation à risque - Sérologie rubéole et toxoplasmose (en l'absence de résultat antérieur écrit) - Sérologie syphilis (TPHA, VDRL remplacé depuis 2015 par un test tréponémique sur les Ig totales par technique d'ELISA confirmé par un test non tréponémique en cas de positivité) - Hépatite B : Ag HBs - Glycosurie et albuminurie
		Bilan à proposer	<ul style="list-style-type: none"> - Sérologie VIH (avec accord de la patiente) et VHC - Glycémie à jeun si ≥ 1 FdR : âge ≥ 35 ans, IMC ≥ 25, atcd familial de diabète au 1^{er} degré ou atcd personnel de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome - BU à la recherche d'une infection urinaire \pm ECBU si atcd urologique, BU positive ou diabète - NFS si antécédent d'anémie, grossesses rapprochées ou chez l'adolescente - Electrophorèse de l'hémoglobine si africaine/antillaise (thalassémie, drépanocytose) - TSH si antécédent de dysthyroïdie - Frottis cervico-utérin si dernier > 3 ans - Prélèvement vaginal si leucorrhées (recherche de vaginose bactérienne) - Détermination du génotype RHD fœtal si mère Rh- - Prescription de l'échographie du 1^{er} trimestre (entre 11 SA et 13 SA + 6j) par un échographiste agréé - Information sur le dépistage combiné de la trisomie 21 \pm prescription du dosage des marqueurs sériques du 1^{er} trimestre (mesure de la clarté nucale + dosage de la chaîne libre β-HCG et de la PAPP-A + âge maternel), entre 11 SA et 13 SA + 6j, après consentement écrit → Risque entre 1/1000 et 1/51 : recherche de l'ADN libre circulant de la trisomie 21 (test ADNlcT21), confirmée par un caryotype fœtal (test remboursé depuis janvier 2019) → Risque $\geq 1/50$: caryotype fœtal d'emblée
		Déclaration de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> = A réaliser < 16 SA : en ligne ou sur formulaire - Préciser : date de consultation, date de début de grossesse, examens obligatoires prescrits - Complété et adressé par la patiente en 2 exemplaires à la CAF et 1 exemplaire à la CPAM - Permet la PEC des cs et examens obligatoires et la couverture médicale à 100% > 24 SA
		<ul style="list-style-type: none"> - Conseils hygiéno-diététiques : arrêt de l'alcool et du tabac, éviter l'automédication, activité sportive adaptée, alimentation équilibrée, prévention de la toxoplasmose (si sérologie négative : bien cuire la viande, laver les fruits et les légumes, éviter le contact avec les chats et leur litière), de la listériose (éviter les fromages non pasteurisés et les charcuteries artisanales) et CMV (éviter tout contact avec les sécrétions d'enfant en bas âge) - Proposer l'entretien prénatal précoce (EPP) «du 4^e mois» : entretien de 45 minutes \pm renouvelé si besoin 	
	Echographie de datation du 1 ^{er} trimestre 11 SA – 13+6 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Confirme la localisation - Confirme la vitalité fœtale : sac gestationnel visible > 5 SA et activité cardiaque > 5 SA et $\frac{1}{2}$ - Confirme ou corrige le terme (± 3 à 5 jours) : longueur cranio-caudale et diamètre bipariétal → LCC : 45 mm à 11 SA puis + 13 mm/SA = 56 mm à 12 SA, 72 mm à 13 SA, 85 mm à 14 SA - Dépistage : grossesse multiple, malformation sévère (membre, anencéphalie, omphalocèle...), - Mesure de la clarté nucale 	
	Entretien prénatal précoce	<ul style="list-style-type: none"> = Plan Périnatalité 2005-2007 : entretien individuel ou en couple, proposé systématiquement autour du 4^e mois (ou après si besoin), réalisé par une sage-femme ou un médecin reconnu - Favoriser l'expression des attentes, besoins et projets parentaux - Information sur les ressources de proximité et sur le réseau de périnatalité - Explication sur la grossesse, les modifications du corps... 	
2 ^e trimestre	Examen mensuel	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'hématurie, SFU, contractions utérines physiologiques (de Braxton-Hicks), leucorrhées - Examen général, poids, TA - Glycosurie et albuminurie - BU à la recherche d'une bactériurie asymptomatique - Bruits du cœur fœtaux, mouvements actifs fœtaux \pm TV seulement si signes cliniques ou dès le 8^e mois \pm Sérologie toxoplasmose : 1 fois/mois si séronégative \pm ECBU si pathologie urologique, antécédent d'infections urinaires à répétition, diabète ou BU positive 	
		Hauteur utérine	<ul style="list-style-type: none"> = Mesure du bord supérieur de la symphyse pubienne jusqu'au fond utérin : - De 4 à 7 mois = 4 x nombre de mois puis +/- 2/mois au 8^e et 9^e mois ou 40 SA = 32 cm, puis -2 toutes les 4 SA jusqu'à 32 SA puis -4 toutes les 4 SA jusqu'à 20 SA - \searrow : erreur de terme, RCIU, oligoamnios, arrêt de grossesse - \nearrow : erreur de terme, grossesse multiple, macrosomie, hydramnios

2 ^e trimestre	4 ^e mois 16-20 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Examen mensuel - Prescription de l'échographie morphologique du 2^e trimestre à faire à 22 SA (entre 20 et 24 SA) ± Dépistage de la Trisomie 21 : Prescription du dosage des marqueurs sériques du 2nd trimestre (entre 14 et 17+6 SA) : hCG totales, AFP, œstriol) si non fait - Sérologie rubéole si séronégative jusqu'à 18 SA
	Echo du 2^e trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Biométrie fœtale : diamètre bipariétal, périmètre abdominal et longueur fémorale - Vitalité fœtale, localisation placentaire - Volume du liquide amniotique : index de liquide amniotique > 25 (hydramnios) ou < 5 (oligoamnios) - Dépistage de malformations fœtales
	5 ^e mois 20-24 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Examen mensuel - Résultats de l'échographie morphologique du 2^e trimestre
	6 ^e mois 24-28 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Examen mensuel - Dépistage d'un diabète gestationnel par HGPO entre 24-28 SA si ≥ 1 FdR et glycémie à jeun normale → T0 : N < 0.92 g/dL, T60 : N < 1.80 g/dL, T120 : N < 1.53 g/dL - Examens obligatoires : - NFS - RAI chez la femme Rh- ou Rh+ avec antécédents transfusionnels - Information sur les cours de préparation à l'accouchement (100% remboursée)
3 ^e trimestre	→ Si suivi par un médecin généraliste : début de suivi spécialisé < 30 SA (gynécologue-obstétricien ou sage-femme)	
	7 ^e mois 28-32 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Examen mensuel - 2^e détermination du groupe sanguin-Rhésus - Prescription de l'échographie du 3^e trimestre à faire à 32 SA (entre 30 et 35 SA) - Prévention systématique de l'allo-immunisation foeto-maternelle à 28 SA si femme Rh- et RAI- et conjoint Rh + (± génotype RHD fœtal +) : injection de 300 µg de gammaglobuline anti-D (Rhophylac®) - Prophylaxie des carences en vitamine D : 1 dose unique de 100 000 UI - Traitement d'une éventuelle carence martiale dépistée à la NFS du 6^e mois
	Echo de croissance du 3^e trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation fœtale (céphalique/siège) - Croissance fœtale (retard de croissance, macrosomie) - Localisation placentaire et quantité de liquide amniotique (oligoamnios/hydramnios) - Score biophysique de bien être de Manning - Diagnostic tardif de malformations
	8 ^e mois 33-37 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Examen mensuel - TV systématique : présentation fœtale, formation du segment inférieur - RAI si femme Rh- (sauf si Rhophylac®) ou antécédent de transfusion avec identification et titrage des anticorps si RAI positifs - Prélèvement vaginal pour dépistage du portage de streptocoque B (Amoxicilline en début de travail si positif) - Prophylaxie des carences en vitamine D si non prise en début de 7^e mois - Prévoir la consultation pré-anesthésique systématique - Début du congé maternité prénatal à 35 SA
	9 ^e mois 37-42 SA	<ul style="list-style-type: none"> - Examen mensuel avec TV et pelvimétrie clinique - RAI si femme Rh- ou antécédent de transfusion (sauf si Rhophylac®) - Information en cas d'urgence (RPM, nature des contractions du travail) → maternité - Convocation le jour du terme présumé (41 SA) : surveillance, déclenchement du travail
Post-natale	Consultation post-natale	<ul style="list-style-type: none"> = Dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement : obligatoire, par un médecin généraliste ou spécialiste, ou par une sage-femme si grossesse normale et accouchement eutocique - Evaluation de l'état psychologique, examen du périnée et des seins (allaitement) - Sérologie toxoplasmose si négative (séroconversion tardive) - Vaccination rubéole si non immunisée - Prescription de séances de rééducation abdominales et périnéales si besoin - Discussion et prescription de contraception - Congé pathologique supplémentaire post-natal de 4 semaines en cas de pathologie maternelle

Modifications physiologiques	Constantes	<ul style="list-style-type: none"> - Température : plateau thermique $\geq 37^\circ$ au 1^{er} trimestre - PA : baisse de PA (5-10 de PAS et 10-15 de PAD) la 1^{ère} moitié, retour à la normale au 3^e trimestre 	
	Poids	<ul style="list-style-type: none"> = Prise de poids progressive = +9 à 12 kg sur l'ensemble de la grossesse Gain pondéral recommandé pour une patiente ayant un IMC entre 18,5-24,9 : + 11,5 à 16 Kg - +500 g/mois le 1^{er} trimestre - +1 kg/mois le 2nd trimestre - +2 kg/mois le 3^e trimestre 	
	Métabolisme	<ul style="list-style-type: none"> - Hyper-métabolisme: accumulation de réserve au 1^{er}-2^e trimestre, mobilisation au 3^e trimestre - Lipides : - Hypertriglycéridémie (x 2-3) jusqu'à 6 semaines post-partum - Hypercholestérolémie jusqu'à 8 semaines post-partum - Augmentation des PAL - Hypoprotidémie totale et hypo-albuminémie - Baisse de la glycémie, hypersécrétion d'insuline et \nearrow de l'insulino-résistance 	
	Fonction organique	<ul style="list-style-type: none"> - Respiratoire = \nearrow des besoins en O₂ de 20-30% : \nearrow FR, VC, ventilation alvéolaire, \searrow CRF, PaCO₂ - Circulatoire : - \nearrow volémie, débit cardiaque, FC et VES - \searrow résistances artérielles systémiques et PA - Digestive : altération de la fonction gastrique dès le 3^e mois avec diminution du tonus du SIO, du péristaltisme, VB atone et vidange ralentie, grêle de mobilité réduite, réabsorption d'eau majorée au niveau du côlon (toute femme enceinte doit être considérée comme « estomac plein » même à jeun à partir du 2^e trimestre) - Urinaire : \nearrow taille et poids des reins, dilatation pyélocalicielle, \nearrow DFG (de 40%) et \searrow créatininémie, rétention hydrosodée, glycosurie, excrétion des acides aminés. - Vasculaire : œdème des membres inférieurs et des extrémités, hyperpression veineuse (varices, hémorroïdes...), angiome stellaire, érythème palmaire - Cérébrale : Sécrétion d'endorphines et d'enképhalines, insomnie, concentration et attention modifiées, « post-partum blues » - Oculaire : Augmentation de PIO, œdème cornéen - Endocrinologique : hyper-vascularisation et hyperplasie de l'hypophyse, ocytocine, hypercorticisme, hypertrophie thyroïdienne - Rhumatologique : lordose, mobilité des os du bassin 	
	Gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> - Congestion vulvaire, épaissement muqueuse vaginale, leucorrhées physiologiques, \searrow pH vaginal - \nearrow du volume mammaire, modification des aréoles et des mamelons - Col utérin long, fermé et postérieur 	
	Biologique	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du volume plasmatique avec hémodilution : \searrow protidémie, \searrow hématocrite, \searrow Hb (Hb : N > 11 au 1^{er} trimestre, > 10,5 au 2^e, > 11 au 3^e trimestres) - Hyperleucocytose physiologique < 14-16 G/L - Thrombopénie discrète > 100 G/L - \nearrow facteurs de coagulation et \searrow fibrolyse \rightarrow augmentation du risque thrombo-embolique - VS augmentée, Protéine S diminuée - Rétention hydrosodée par activation du SRA - TSH basse avec T3-T4 normales, hypocalcémie 	
Symptômes	1 ^{er} trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Nausée, hypersalivation - Anorexie/boulimie - Hypersomnie - Tension mammaire 	
	2 ^e trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Chloasma (tâche hyper-pigmentée du visage), vergetures, varices, hémorroïdes, varices vulvaires - OMI - Constipation - Douleurs pelviennes (cystite, candidose) - Crampes - Anémie 	
	3 ^e trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - OMI, crampes des MI - Lombalgie, sciatalgie - Contractions utérines : 5 à 10/jour, surtout le soir - Pyrosis - Prurit 	<ul style="list-style-type: none"> - Sécrétion lactée - Syndrome du canal carpien - Palpitations, dyspnée - Insomnie nocturne - Ralentissement de l'idéation

Autres	Congé maternité	0-1 enfant à charge	6 semaines prénatales	10 semaines post-natales	
		≥ 2 enfants à charge	8 semaines prénatales	18 semaines post-natales	
		Jumeaux	12 semaines prénatales	22 semaines post-natales	
		Triplés ou plus	24 semaines prénatales	22 semaines post-natales	
		Congé supplémentaire si grossesse pathologique : + 2 semaines post-natales			
	- Le congé post-natale débute à la date prévue du terme (et non de l'accouchement) - Congé paternité : 11 jours (ou 18 jours si grossesse multiple) - Le congé peut débuter jusqu'à 38 SA , en cas de grossesse normale, avec allongement égal de la durée du congé post-natal				
	Score de Bishop	= Maturation du col en fin de grossesse : col favorable à l'accouchement si ≥ 6			
		TV	+0	+1	+2
		Position Longueur Consistance Ouverture Présentation	Postérieur Long Dur ∅ Haute, mobile	Intermédiaire Mi-long Souple 1 doigt Appliquée	Centré Court Mou ≥ 2 doigts Fixée
	Rythme cardiaque foetal	- Enregistrable dès 25 SA : devant tout contexte à risque (↘ mouvements actifs fœtaux, métrorragies, HTA-prééclampsie, douleurs abdominales...) ou systématique au cours du travail			
Normal		- Rythme de base = 120 à 160 bpm - Oscillations : variations d'amplitude de 5 à 25 bpm - Réactivité : périodes d'accélération, sans décélération			
Anomalie	- Bradycardie < 120 bpm ou tachycardie > 160 bpm - Mini-oscillante ou micro-oscillante < 5 bpm voire rythme plat - Aréactif : diminution/disparition des accélérations - Décélération : ralentissement transitoire				
Score de Manning	= Evaluation échographique du bien-être foetal : normal = 10/10 - Selon 5 critères : - Mouvements respiratoires - Mouvements fœtaux globaux - Tonus et réflexe foetal - Réactivité du rythme cardiaque foetal - Quantité de liquide amniotique				
Niveau de maternité	= Selon le choix des parents et le niveau de risque de la grossesse (réévalué à chaque consultation)				
	Niveau 1	50%	Unité d'obstétrique et de pédiatre	> 36 SA et > 2000 g	
	Niveau 2a	25%	+ Unité de néonatalogie	≥ 33 SA et > 1500 g	
	Niveau 2b	15%	+ Unité de néonatalogie avec soins intensifs	≥ 32 SA et > 1500 g	
Niveau 3	10%	+ Unité de réanimation néonatale + CH avec unité de réanimation adulte	< 32 SA et/ou < 1500g Pathologie grave		

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur foetal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B recherche de l'antigène HBs 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-foetale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques foetales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cyto bactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques foetales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
	Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 μ g/jour Informer sur le suivi de la grossesse	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance
	-		Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	X	-	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X