



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Accouchement normal :
accompagnement de la physiologie et
interventions médicales

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Décembre 2017

Những cách thức mới trong theo dõi chuyển dạ để có một « cuộc đẻ bình thường »

Pr Henri-Jean Philippe
Đại học Paris Descartes
CNGOF
Vietnam 2018



Đặt vấn đề của những khuyến cáo này

- Từ năm 1995, những chiến lược quốc gia liên tiếp về vấn đề chu sinh ở Pháp

⇒ Tăng cường an toàn cho cuộc chuyển dạ

⇒ Nâng cao mức độ y tế hóa và kỹ thuật hóa, cũng như về mức độ nguy cơ sản khoa.

⇒ Cải thiện các kết quả chu sinh và bà mẹ

- **Những người dùng**

⇒ Nhu cầu ngày càng tăng về sự chăm sóc y tế trong sinh sản, và hơn nữa là tôn trọng sinh lý của cuộc đẻ, đặc biệt đối với những trường hợp nguy cơ sản khoa thấp.

⇒ Cuộc chuyển dạ sinh lý: nhà hộ sinh hay là các đơn vị được gọi là « sinh lý học »

- **Cơ quan cao nhất về sức khỏe, Hội sản phụ khoa Pháp, và Hội nữ hộ sinh quốc gia**

⇒ Phân tích về y văn để đặt ra các điều kiện an toàn đối với một cuộc chuyển dạ « bình thường » không cần quá can thiệp về y khoa một cách hệ thống, để thúc đẩy hạnh phúc của bà mẹ cũng như của gia đình, cũng như về mối liên hệ cha mẹ/con cái.

⇒ Đưa ra những khuyến nghị.



Khái niệm một cuộc đẻ bình thường

- Một cuộc đẻ bình thường được khởi phát tự động và chỉ kèm những nguy cơ thấp khi mới bắt đầu chuyển dạ.
- Mức độ nguy cơ này phải kéo dài trong suốt quá trình chuyển dạ và cuộc đẻ, để cho cuộc đẻ được coi là « bình thường »
- Em bé cũng cần phải được sinh ra tự nhiên, với tuổi thai trong khoảng từ **37 đến 42 tuần**.
- Cuộc đẻ bình thường được khẳng định khi ngay sau sinh, các chỉ số sinh tồn của em bé bình thường, và thời kỳ hậu sản ngay sau đó của mẹ cũng bình thường.



Những phương thức tổng quát

- **Những phương thức để theo dõi cuộc đẻ bình thường** luôn tôn trọng nhịp điệu và sinh lý chuyển dạ của cuộc đẻ.
- **Cuộc đẻ bình thường không bao gồm** việc gây chuyển dạ, và đặc trưng bởi sự diễn biến **tự nhiên**, mà theo **những mong muốn** của những người phụ nữ và theo sự tiến triển về lâm sàng của bà mẹ và em bé, thì bao gồm một trong các cách thức dưới đây: *donc le déclenchement et se caractérise par un déroulement **spontané** qui peut s'accompagner, selon les **préférences des femmes** et en fonction de l'évolution de la situation clinique de la mère et de l'enfant, de l'une ou l'autre des modalités suivantes :*
 - **Những sự can thiệp** như là bấm ối, kháng sinh dự phòng, dự phòng oxytocin ở giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ, hay như cả việc đặt 1 đường ven truyền.
 - **Những can thiệp về kỹ thuật và thuốc** tối thiểu để giảm bớt các thông tin khoa học, nhằm hướng tới sự đảm bảo an toàn và sự hài lòng của bà mẹ và em bé (như theo dõi monitoring, đo pH,...) và/hoặc sử dụng oxytocin để đẩy nhanh cuộc chuyển dạ, và giảm đau tại chỗ.



LES DIFFÉRENTS STADES DU TRAVAIL

1^{er} stade

2^e stade

3^e stade

Phase
de latence

Phase
active

Phase
de descente

Phase
d'expulsion

0 cm

5 cm

10 cm

Naissance

Délivrance





I. ĐÓN TIẾP VÀ THEO DÕI Ở GIAI ĐOẠN 1 CỦA CUỘC CHUYỂN DẠ

Định nghĩa :

- **Bắt đầu** : cơn co đặc trưng đầu tiên / **Kết thúc** : cổ tử cung mở hết
- Đi từ pha tiềm tàng đến pha tích cực: cổ tử cung mở **5 - 6 cm**



I. VỀ PHÍA SẢN PHỤ

Đón tiếp:

- Hoàn thiện đầy đủ thông tin hồ sơ theo dõi mang thai và dự kiến những tình huống có thể xảy ra khi chuyển dạ, những thông tin về tiền sử
- Đánh giá tần số, cường độ và sự kéo dài của cơn co tử cung
- Ghi nhịp tim, huyết áp động mạch, nhiệt độ, và xét nghiệm nước tiểu
- Cần hỏi xem thai phụ có bị ra dịch âm đạo không
- Thăm khám, sờ nắn, và đo chiều cao tử cung
- Thăm âm đạo để xác định chắc chắn thai phụ đã chuyển dạ chưa.



I. VỀ PHÍA SẢN PHỤ

Những phương thức theo dõi thai phụ:

- Sử dụng biểu đồ chuyển dạ ngay từ khi bắt đầu của pha tích cực, với một tỉ lệ phù hợp với tự nhiên, không có đường báo động/hành động.
- Không có các yếu tố trung gian, việc theo dõi được khuyến cáo:
 - Đánh giá tần số cơn co tử cung mỗi 30 phút/lần, và kéo dài trong 10 phút ở pha tích cực.
 - Đánh giá tần số tim, huyết áp, nhiệt độ mỗi 4 giờ
 - Theo dõi và ghi lại việc đi tiểu tự nhiên
 - Thăm khám âm đạo mỗi 2 đến 4 giờ, có thể sớm hơn nếu sản phụ yêu cầu hoặc khi có dấu hiệu cần thiết
- Việc theo dõi cần được thay đổi phù hợp trong trường hợp làm giảm đau trong đẻ hoặc truyền oxytocin chỉ huy trong chuyển dạ.



I. VỀ PHÍA THAI NHI

Tiếp đón

- Cần chắc chắn rằng sản phụ vẫn cảm nhận được thai máy từ những ngày trước đó.
- Đánh giá tình trạng ban đầu của em bé từ khi sinh ra:
 - Hoặc là với sự giúp đỡ của ống nghe trực tiếp trong khi có cơn co tử cung và ngay trong vòng 1 phút sau cơn co, (có thể lặp lại nhiều lần nếu thấy có sự thay đổi), cần đồng thời bắt mạch mẹ kiểm chứng;
 - Hoặc là sử dụng máy ghi biểu đồ tim thai liên tục trong tối thiểu 20 phút (phân tích thông tin với sự hỗ trợ của bảng phân loại của FIGO hoặc CNGOF).
- Sau khi đã tư vấn cho sản phụ về những lợi ích và nguy cơ của mỗi kỹ thuật, sản phụ sẽ lựa chọn cách theo dõi liên tục (bằng Monitoring sản khoa) hoặc không liên tục (bằng Monitoring hoặc ống nghe trực tiếp) nếu các điều kiện tại khoa phòng và khả năng nhân sự theo dõi cho phép (một thầy thuốc thực hành cho mỗi sản phụ trong trường hợp nghe bằng ống nghe trực tiếp).



I. VỀ PHÍA THAI NHI

Theo dõi thai nhi

- Theo dõi không liên tục trong pha tích cực của giai đoạn 1: mỗi 15 phút khi có cơn co và ngay lập tức trong vòng dưới 1 phút sau cơn co (nếu nghe trực tiếp bằng máy Doppler), kèm theo phải xác định mạch mẹ và cần phải có đủ các yếu tố cần thiết để theo dõi (với 1 bác sỹ chuyên khoa cho từng sản phụ).
- Theo dõi liên tục bằng Monitoring : kèm theo có sự hỗ trợ của một bảng đánh giá phân loại
- Đảm bảo ghi đầy đủ nhịp tim thai cho từng cách theo dõi.



Cải thiện sự thoải mái của thai phụ :

- Hỏi thăm những **mong muốn/đòi hỏi** và những nhu cầu về sinh lý và xúc cảm.
- Cải thiện các máy theo dõi cho phép đem lại **sự linh hoạt và tiện nghi** cho thai phụ.
- Cho phép sử dụng các loại đồ uống sạch (nước, trà không sữa, cafe đen có hoặc không đường, nước có gaz, nước hoa quả) không giới hạn về lượng giúp làm giảm nguy cơ giảm đau toàn thân (gây mê) cho các bệnh nhân.
- Không được phép sử dụng các đồ ăn cứng trong suốt pha tích cực.
- Triển khai các phương tiện về nhân lực và máy móc cần thiết cho phép thai phụ có thể thay đổi tư thế, vị trí thường xuyên để đảm bảo có được sự thoải mái và dự phòng các biến chứng về bệnh lý thần kinh sau sinh.
- Với giảm đau tại chỗ vùng, thai phụ có thể đi lại hoặc không đi lại theo phác đồ hướng dẫn cụ thể, rõ ràng bao gồm cả **la traçabilité** và thời gian kéo dài của các tư thế, theo dõi và dự phòng những chèn ép



I. Giai đoạn 1 của chuyển dạ

Những dự kiến can thiệp về y học

- Các thai phụ được đảm bảo sự **hỗ trợ liên tục**, cho từng người và cá thể hóa, phù hợp với yêu cầu của họ
- **Theo sát các thai phụ** cùng với phương pháp mà họ lựa chọn để làm giảm đau mà không dùng thuốc (như ngâm, thư giãn, châm cứu, thôi miên, massage).
- **Trong pha tích cực của cuộc chuyển dạ**, hãy can thiệp nếu tốc độ mở của cổ tử cung dưới 1cm/4h khi cổ tử cung mở 5-7 cm, hay dưới 1cm/2h khi cổ tử cung mở trên 7cm:
 - Can thiệp đầu tiên, bấm ối nếu màng ối còn nguyên;
 - Truyền oxytocin chỉ huy nếu màng ối đã vỡ và các cơn co tử cung được đánh giá là chưa đủ.
 - Cho kháng sinh dự phòng trong trường hợp nhiễm liên cầu nhóm B hoặc vỡ ối trên 12h



Theo dõi đau trong giai đoạn 1 của cuộc chuyển dạ

- Yêu cầu về giảm đau được hướng dẫn bởi mức độ cảm giác đau:
 - Ước lượng đau nhờ vào thước đánh giá cảm giác đau (dạng EVA, ENS).
 - Không chỉ định một cách hệ thống về việc truyền dịch.
 - Việc giữ giảm đau tại chỗ vùng tốt nhất là sử dụng một cái bơm tự quản lý
 - Việc đặt ra gây tê tủy sống liều thấp, hoặc phối hợp gây tê tủy sống và tê ngoài màng cứng để có được một sự giảm đau nhanh nhất mà không làm ảnh hưởng đến các nhánh thần kinh vận động khi cổ tử cung mở quá nhanh.
- Các giải pháp thay thế cho giảm đau tại chỗ vùng, trong các trường hợp chống chỉ định, thất bại hoặc từ chối, hoặc không đạt được tác dụng, hoặc phải chờ quá lâu (giai đoạn tăng cường giảm đau chậm hoặc nếu sản phụ yêu cầu): sử dụng hỗn hợp khí gây tê (Gaz MEOPA), nhóm opiat, hay gây tê đám rối then.



II. THEO DÕI TRONG GIAI ĐOẠN 2 CỦA CUỘC CHUYỂN ĐẠ

Định nghĩa :

- **Bắt đầu:** Cổ tử cung mở hết/ **Kết thúc :** sổ thai
- Pha xuống/Pha sổ



II. Về phía sản phụ

Cách thức theo dõi đối với sản phụ:

- Không có các yếu tố liên quan :
 - Tiếp tục sử dụng biểu đồ chuyển dạ để theo dõi;
 - Kiểm soát nhịp tim, huyết áp, nhiệt độ hàng giờ;
 - Kiểm tra tần số cơn co tử cung mỗi 30 phút, và mỗi lần kiểm tra trong 10 phút;
 - Theo dõi và ghi lại việc đi tiểu;
 - Thăm khám **âm đạo hàng giờ**.



II. Về phía thai

Theo dõi thai

- Cả bác sỹ theo dõi và sản phụ đều cần cân nhắc lựa chọn giữa nghe tim thai trực tiếp mỗi 5 phút (cần phải có 1 bác sỹ theo dõi 1 sản phụ), hay là ghi lại liên tục nhịp tim thai bằng Monitoring (diễn giải bằng cách sử dụng bảng phân loại).



II. Giai đoạn 2 của cuộc chuyển dạ

Những can thiệp về mặt y tế

- Những can thiệp về mặt y khoa là có thể, nhưng không phải là một cách hệ thống:
 - Bám ối (thông thường nhất đến lúc này là màng ối đã vỡ) ;
 - Truyền oxytocin chỉ huy (khi cổ tử cung mở hết sau 2h mà sản phụ không có cảm giác muốn rặn và ngôi thai chưa tới được eo giữa, khi mà cơn co tử cung chưa đủ mạnh);
 - Xoay đầu thai nhi bằng tay khi kiểu thế sau hoặc ngang (trong trường hợp giai đoạn 2 bị kéo dài);
 - Kích thích hoặc chỉ huy việc sổ thai;
 - Hỗ trợ lấy thai ra bằng dụng cụ (Forceps, giác hút);
 - Cắt tầng sinh môn;
 - Mổ lấy thai.
- ***Không được áp dụng ngay các biện pháp hỗ trợ sổ thai ngay khi xác định cổ tử cung mở hết, mà hãy để cho ngôi thai xuống.***



III. THEO DÕI GIAI ĐOẠN 3 CỦA CUỘC CHUYỂN DẠ

- **Định nghĩa :**
- **Bắt đầu:** khi thai sổ / **Kết thúc :** sổ rau



III. THEO DÕI GIAI ĐOẠN 3 CỦA CUỘC CHUYỂN DẠ

Những biện pháp theo dõi sản phụ :

- Theo dõi sát bà mẹ trong giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ và cả đến 2 giờ sau khi sinh: đo một cách đều đặn mạch, huyết áp, chảy máu, và khối an toàn của tử cung.
- Các nhân viên trong phòng đẻ cần sử dụng một cách hệ thống chiếc túi chứa dịch để đo và đánh giá chính xác được lượng máu mất.



III. THEO DÕI GIAI ĐOẠN 3 CỦA CUỘC CHUYỂN DẠ

Những can thiệp về mặt y khoa

- Trong trường hợp cần kiểm soát tử cung hoặc khâu tầng sinh môn, cần làm gây tê tủy sống liều thấp hoặc gây tê tủy sống phối hợp tê ngoài màng cứng đối với sản phụ chưa được giảm đau, hoặc tăng cường giảm đau tại chỗ vùng đã có sẵn nếu cần
- Đối với tất cả các trường hợp đẻ đường âm đạo, bao gồm cả các sản phụ nguy cơ thấp, cần sử dụng oxytocin chủ động để giảm hậu quả của mất máu hậu sản, nhất là khi bị mắc vai hoặc trong những phút đầu sau sinh, hoặc sau khi sổ rau. Khuyến cáo không cần điều trị duy trì oxytocin một cách hệ thống sau khi đẻ đường âm đạo.
- Để dự phòng nguy cơ chảy máu sau đẻ sau một cuộc đẻ đường dưới, những điều sau đã được chỉ ra rằng không hiệu quả: thông tiểu bàng quang một cách hệ thống, kẹp dây rốn ở thời điểm đặc biệt, kéo dây rốn có kiểm soát, vệ đầu vú sớm, xoa bóp tử cung một cách hệ thống.
- Không có tư thế đặc biệt nào được khuyến cáo trong quá trình chuyển dạ và sau khi sổ rau để dự phòng chảy máu sau đẻ.
- Trường hợp rau bám chặt, cần bóc rau bằng tay.
- Khi không có chảy máu, bóc rau bằng tay có thể tiến hành sau khi thai sổ khoảng 30 phút, nhưng không chờ quá 60 phút.



Khuyến nghị

- Cuộc đẻ là một sự kiện tự nhiên trong cuộc đời của sản phụ.
- Cần tôn trọng cơ chế sinh lý để đảm bảo an toàn cho cả bà mẹ và em bé.
- Các thông tin dữ liệu trong hồ sơ cho phép giảm đi những phương pháp theo dõi và can thiệp một cách hệ thống đối với các trường hợp đẻ đường dưới nguy cơ thấp, và nó sẽ được theo sát trong suốt quá trình chuyển dạ.
- Giải thích và để cho sản phụ lựa chọn các biện pháp can thiệp trong cuộc đẻ là bắt buộc để cải thiện sự hài lòng cho cả bệnh nhân, gia đình, và cả mối liên hệ cha mẹ/con cái sau đó.



Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

- **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Facteurs de risque

Période préconceptionnelle ou 1^{re} consultation de grossesse

Situations à risque

Suivi

FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX

Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m² et supérieur ou égal à 40 kg/m² pour obésité morbide) A1 pour les extrêmes

Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement) A

Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple) A2

Antécédents familiaux
- Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1^{er} degré)
- Pathologies génétiques : caryotypique, génique A2

TOXIQUES

Sevrage alcoolique A1

Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée) A2

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES

Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux

Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée) A2

Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres B

Pathologie rétinienne (dont myopie grave) A1

Hémorragie cérébrale, anévrisme B

Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques

Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage A1

Hypertension artérielle B

Diabète B

Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire B

- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow A1

- Maladie de Basedow B

Épilepsie traitée ou non traitée A2 précoce

- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire) B

- Asthme modéré, ancien, contrôlé A

Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée) A2 précoce

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :

- mère homozygote B

- mère hétérozygote A2

Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun B

Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde) B

- Néphropathie B

- Uropathie A2

Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome) A2 précoce

Chimiothérapie et radiothérapie A2

Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères A2 précoce

Maladies infectieuses	
Portage antigène HBs	A1
Hépatite C ou B active	A2
ANTECEDENTS PERSONNELS PREEXISTANTS GYNECOLOGIQUES	
Pathologies utéro-vaginales	
Malformation utéro-vaginale	B
Mutilations sexuelles	A1
Chirurgie cervico-utérine	
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2
Distylbène syndrome	B
ANTECEDENTS PERSONNELS LIES A UNE GROSSESSE PRECEDENTE	
Antécédents médicaux	
Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie	A1
Diabète gestationnel	A
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B
Hypertension gravidique	A2
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B
Fausses couches répétées au cours du 1 ^{er} trimestre :	
- sans étiologie	A2
- avec étiologie SAPL	B
Fausses couches tardives au cours du 2 ^e trimestre	
Accouchement prématuré	B A2 précoce
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2
Hématome rétroplacentaire	B
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B
Asphyxie périnatale avec séquelles	
Mort périnatale inexpliquée	B
Anomalie congénitale ou génétique	A2
Antécédents liés à l'accouchement précédent	
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1
Déchirure du sphincter anal	A2
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A
Psychose puerpérale	A2
Dystocie des épaules	A1

Durant la grossesse (de la 2 ^e à la 7 ^e consultation - du 4 ^e au 8 ^e mois)	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE GENERAUX	
Accouchement secret sous x	A1
FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX	
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B
Thrombose veineuse profonde	B
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B
Anémie gravidique	A
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)	
- au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2
- au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B
Cholestases gravidiques	B
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRIQUES	
Rubéole	B
Infection à cytomégalovirus	B
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B
Infection à parvovirus B19	B
Varicelle/ zona	B
Hépatite B aiguë	B
Hépatite virale A, C, D ou E	B
Tuberculose	B
Infection VIH	B
Syphilis	B
Grippe	A1

Consultation du 9 ^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)	
Situations à risque	Suivi
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRIQUES	
Grossesse non suivie	B
Dépassement de terme	B
Macrosomie	A2
Présentation non céphalique à terme	B
Suspicion de dystocie	B
Listériose	B
Paludisme	B
Chikungunya	B
Maladie périodontale	A
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES	
Laparotomie en cours de grossesse	A2
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2
Kyste ovarien	A2
Cancer du sein	B
Infections vaginales	A1
Vaginoses bactériennes	A2
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRIQUES	
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2
Oligoamnios (< 37 SA)	B
Hydramnios	B
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2
Réduction embryonnaire	B
Pertes de sang persistantes	
- avant 16 SA	A2
- après 16 SA	A2
Hémorragies fœto-maternelles	B
Hématome rétroplacentaire	B
Béance cervicale	B
Menace d'accouchement prématuré	B
Grossesse gémellaire	
- bichoriale	A2
- monochoriale	B
Grossesse triple	B
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2
Retard de croissance fœtale	B
Mort fœtale <i>in utero</i>	B
Anomalies de localisation du placenta	B
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B
Grande multipare (supérieur à 5)	A1