

Wanneer geen spontane miskraam optreedt wordt cliënte voor consult naar een gynaecoloog verwezen op het moment dat zij hier behoefte aan heeft.

Tijdens genoemd consult wordt met cliënte het volgende besproken

- expectatief beleid (afhankelijk van anamnese en wens cliënte)
 - beloop spontane miskraam; zo nodig wordt schriftelijke informatie meegegeven
 - een week wachten na vaststellen van niet-intacte intra-uteriene graviditeit tenzij verschil tussen zwangerschapsduur en echoscopische bevindingen > 3 weken bedraagt
- mogelijkheid van curettage
 - plannen binnen 1–2 weken
 - in afwachting van ingreep zoekt cliënte—indien nodig—contact met verloskundige
 - na bezoek aan gynaecoloog kan cliënte ook direct contact zoeken met tweede lijn in geval van calamiteit
- medicamenteuze beëindiging met misoprostol (Cytotec®)
 - wanneer *crown rump length* $\leq 9^{0/7}$ weken zwangerschap aangeeft en zwangerschapsduur/amenorroe $\leq 12^{0/7}$ weken is

Wanneer spontane miskraam in eerste lijn optreedt na bezoek aan MCA, informeert eerste lijn de tweede lijn hierover.

Controle na curettage vindt alleen bij gynaecoloog plaats als dit noodzakelijk is of wanneer cliënte dit wenst.

Bij volgende graviditeit zoekt cliënte in principe eerst contact met verloskundige voor, eventueel vroeg, echoscopisch onderzoek.

Na herhaalde miskraam/habituele abortus (tenminste twee opeenvolgende graviditeiten) counseling in tweede lijn indien cliënte dit wenst. Leeftijd cliënte speelt rol bij counseling en heeft invloed op tijdstip van verwijzing.

In geval van rhesus (D)-negatieve bloedgroep wordt 375 IE anti-rhesus (D)-immunoglobuline (RheDQuin®) toegediend bij:

- spontane miskraam $\geq 10^{0/7}$ weken zwangerschapsduur
- (na)curettage