



Coronavirus disease COVID-19

Déclaration de résultats cliniques suite au décès

Envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP
dans un délai de 24 heures.^a
OFSP Portail de déclaration: <https://forms.infreport.ch>
(OFSP Fax: +41 58 463 87 77)
(OFSP HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch)

Patient/e

Nom: _____ Prénom: _____ sexe: f m

Date de naissance: ____/____/____ NPA/domicile: _____ canton: _____

Pays de résidence: _____ nationalité: _____

Diagnostic

Décès: date: ____/____/____

lieu: hôpital maison de retraite et de soins autre établissement médico-social: _____

hébergement collectif: _____ autre: _____

Diagnostic: laboratoire: positif négatif en cours pas testé

laboratoire (nom, tél): _____

résultat radiologique: CT-Scan compatible avec COVID-19

Evolution

Hospitalisation: oui du: ____/____/____ au ____/____/____ non

hôpital (nom, tél): _____

Complications: pneumonie (confirmée par imagerie) ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

autres: _____

Séjour aux soins intensifs: oui du: ____/____/____ au ____/____/____ non

Ventilation artificielle: oui, durée (en jours): _____ non

Statut vaccinal avant le début de la maladie

D'après: carnet de vaccination médecin de famille anamnèse

Vacciné contre le COVID-19: oui, avec ____ doses au total non inconnu

Dose	Vaccin (nom commercial)	Date de la vaccination
1	_____	____/____/____
2	_____	____/____/____

Exposition

Résident d'une maison de retraite ou de soins ou d'un autre établissement médico-social: non oui institution (nom, tél.): _____

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire: oui

Facteurs de risque

Maladies sous-jacentes: diabète maladie cardiovasculaire immunosuppression affection rénale chronique

hypertension maladie respiratoire chronique cancer obésité (IMC > 35)

aucune autres: _____

Fumeur: oui non inconnu

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): _____

Date: ____/____/____ signature: _____