



# 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.<sup>a</sup>  
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: \_\_\_\_\_