



# Coronavirus disease COVID-19

Uniquement pour les patients hospitalisés:

Déclaration du résultat clinique suite au résultat de laboratoire positif

S.v.p. à remplir et envoyer au  
médecin cantonal et à l'OFSP dans  
un délai de 24 heures.<sup>a</sup>  
OFSP Fax: +41 58 463 87 77  
OFSP HIN secured:  
covid-19@hin.infreport.ch

## Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sexe: ☐ f ☐ m  
Rue: \_\_\_\_\_ NPA/localité: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_  
Nationalité: ☐ CH ☐ autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

## Diagnostic et manifestation

Manifestations: ☐ fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ☐ toux ☐ troubles respiratoires ☐ pneumonie (confirmée par imagerie) ☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

☐ diarrhée ☐ autres symptômes: \_\_\_\_\_

début des manifestations: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ aucun symptôme

Maladies sous-jacentes: ☐ diabète ☐ maladie cardiovasculaire ☐ immunosuppression  
☐ hypertension ☐ maladie respiratoire chronique ☐ cancer  
☐ aucune ☐ autres: \_\_\_\_\_

Laboratoire: ☐ Centre national de référence CRIVE à Genève (<https://www.hug-ge.ch/laboratoire-virologie>)  
☐ autre laboratoire, nom/tél.: \_\_\_\_\_  
date du prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Evolution

Hospitalisation: ☐ non ☐ oui, date d'entrée: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hôpital (nom, tél.): \_\_\_\_\_  
☐ séjour aux soins intensifs, si oui: ☐ avec ventilation

Décès: ☐ oui, date de décès: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (S.v.p. remplir le formulaire «Déclaration complémentaire suite au décès»)

## Exposition

Dans les 14 jours avant le début des manifestations

où: ☐ CH ☐ étranger, pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_ ☐ inconnu

quand: Date d'exposition: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Séjour à l'étranger (ou en CH pour les étrangers): du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ inconnu

comment: Contact étroit avec un cas de COVID-19 confirmé: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu  
si oui: ☐ dans la famille ☐ en tant que membre du personnel médical ou soignant ☐ Ecole/jardin d'enfant/crèche  
☐ travail ☐ autres contacts: \_\_\_\_\_

Voyages pendant la période de contagiosité: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Membre du personnel médical ou soignant: ☐ oui ☐ non

## Remarques

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

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

## Médecin cantonal

Mesures: ☐ non ☐ oui: \_\_\_\_\_

date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>