



Coronavirus disease COVID-19

Déclaration de résultats cliniques suite au décès

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

Patient/e

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance:

jour	mois	année			

sexe: ☐ f ☐ m

Décédé des suites de la maladie COVID-19: date de décès:

jour	mois	année			

Maladies sous-jacentes & facteurs de risque:

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> maladie cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> immunosuppression |
| <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> maladie respiratoire chronique | <input type="checkbox"/> cancer |
| <input type="checkbox"/> aucune | <input type="checkbox"/> autres: _____ | |

Hospitalisation:

☐ oui du:

jour	mois	année			

 au

jour	mois	année			

☐ non

Nom de l'hôpital: _____

Complications:

- ☐ pneumonie (confirmée par imagerie) ☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)
- ☐ autres: _____

Séjour aux soins intensifs:

☐ oui du:

jour	mois	année			

 au

jour	mois	année			

☐ non

Ventilation artificielle:

☐ oui, durée (en jours): _____ ☐ non

Remarques

Médecin

nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: ____/____/____ signature: _____

Médecin cantonal

Date: ____/____/____ signature: _____

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