



# 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.<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: 

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: \_\_\_\_\_

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