



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.^a
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: _____

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