



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: _____ sexe: ☐ f ☐ m

Date de naissance: ____/____/____ NPA/domicile: _____ canton: _____

Pays de résidence: _____ nationalité: _____

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

Lieu de décès: ☐ 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

Maladies sous-jacentes: ☐ diabète ☐ maladie cardiovasculaire ☐ immunosuppression ☐ affection rénale chronique
☐ hypertension ☐ maladie respiratoire chronique ☐ cancer ☐ obésité (IMC > 35)
☐ aucune ☐ autres: _____

Fumeur: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Hospitalisation: ☐ oui du: ____/____/____ au ____/____/____ ☐ non

Nom de l'hôpital: _____

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

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire: ☐ oui

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>