



Coronavirus disease COVID-19

Uniquement pour les patients hospitalisés et pour les résidents des maisons de retraite et de soins, et d'autres établissements médico-sociaux:

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 ☐ affection rénale chronique

☐ hypertension ☐ maladie respiratoire chronique ☐ cancer ☐ obésité (IMC > 35)

☐ aucune ☐ autres: _____

Fumeur: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Laboratoire: ☐ nom/tél.: _____

date du prélèvement: ____/____/____

Résultat radiologique: ☐ CT-Scan compatible avec COVID-19

Evolution

Résident d'une maison de retraite ou de soins ou d'un autre établissement médico-social: ☐ oui

Hospitalisation: ☐ oui, date d'entrée: ____/____/____ motif de l'hospitalisation: ☐ COVID-19 ☐ autre

☐ séjour aux soins intensifs, si oui: ☐ avec ventilation Hôpital (nom, tél.): _____

Décès: ☐ oui, date de décès: ____/____/____ (S.v.p. remplir le formulaire «Déclaration de résultats cliniques suite au décès»)

Exposition

Dans les 14 jours avant le début des manifestations

où: ☐ CH ☐ étranger, pays: _____ lieu: _____ ☐ inconnu

quand: Date d'exposition: ____/____/____

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: _____

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

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>