



# 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>

### 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: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_ ☐ non  
jour mois année jour mois année

Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_

Complications: ☐ pneumonie (confirmée par imagerie) ☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)  
☐ autres: \_\_\_\_\_

Séjour aux soins intensifs: ☐ oui du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_ ☐ non  
jour mois année jour mois année

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>