



# 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: \_\_\_\_\_ sexe: ☐ f ☐ m  
jour mois année

Décédé des suites de la maladie COVID-19: date de décès: \_\_\_\_\_  
jour mois année

Maladies sous-jacentes & facteurs de risque: ☐ diabète ☐ maladie cardiovasculaire ☐ immunosuppression  
☐ hypertension ☐ maladie respiratoire chronique ☐ cancer  
☐ aucune ☐ 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>