



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: _____

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: _____

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