



# Coronavirus disease COVID-19

Déclaration du résultat clinique suite au résultat de laboratoire positif  
pour les patients ambulatoires, y inclus les résidents des maisons de retraite et de  
soins, ainsi que d'autres établissements médico-sociaux

S.v.p. à remplir et envoyer au  
médecin cantonal et à l'OFSP dans  
un délai de 24 heures.<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

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/localité: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

## Diagnostic et manifestation

Manifestations:  toux  pneumonie (confirmée par imagerie)  douleurs thoraciques  troubles respiratoires  
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)  maux de gorge  autres symptômes d'affection aiguë des voies respiratoires  
 anosmie  agueusie  fièvre  $\geq 38^\circ\text{C}$  (sans autre étiologie)  
 état confusionnel aigu / détérioration de l'état général sans autre étiologie  
 symptômes gastro-intestinaux (p. ex. diarrhée, vomissement, douleurs abdominales)  
 céphalées  douleurs musculaires  éruptions cutanées  
 aucun symptôme  autres symptômes: \_\_\_\_\_

début des manifestations: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Fumeur:  oui  non  inconnu

Grossesse:  oui  non  inconnu

Laboratoire:  nom/tél.: \_\_\_\_\_

date du prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motif du test:  symptômes compatibles avec COVID-19  investigation de flambée  SwissCovidApp  autres: \_\_\_\_\_

## Evolution

Hospitalisation:  non  oui, date d'entrée: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ motif de l'hospitalisation:  COVID-19  autre

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

Si à l'étranger, voyage en:  avion  bateau  train  car/bus  voiture  autre, lequel: \_\_\_\_\_

Résident d'une maison de retraite ou de soins  non  oui institution (nom, tél.): \_\_\_\_\_  
ou d'un autre établissement médico-social:

comment: Contact étroit avec un cas de COVID-19 confirmé:  oui  non  inconnu

Voie de transmission la plus probable:  dans la famille  en tant que membre du personnel médical ou soignant  école/jardin d'enfant/crèche

au travail  fête privée  en discothèque/club  dans un bar/restaurant

lors d'une manifestation  lors d'un rassemblement spontané

autres: \_\_\_\_\_

quand: Date d'exposition: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  inconnu

en quarantaine avant l'obtention d'un résultat de test positif:  oui  non  inconnu

activité professionnelle: membre du personnel médical ou soignant:  oui  non, autre: \_\_\_\_\_

## Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): \_\_\_\_\_

date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

## Médecin cantonal

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_

date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

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