



Nouveau coronavirus (2019-nCoV)

Déclaration du résultat clinique suite au résultat de laboratoire positif

S.v.p. à remplir et envoyer
immédiatement au médecin
cantonal et à l'OFSP.^a
Fax OFSP: +41 58 463 87 77

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 hypertension autres: _____

Laboratoire: Centre national de référence CRIVE à Genève (<https://www.hug-ge.ch/laboratoire-virologie>)
 autre laboratoire, nom/tél.: _____
date du prélèvement: __/__/____

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: __/__/____ séjour aux soins intensifs, si oui: avec ventilation
Décès: oui, date de décès: __/__/____

Exposition

Dans les 14 jours avant le début des manifestations
où: CH étranger, pays: _____ inconnu
quand: du __/__/____ au __/__/____ inconnu
comment: contact étroit avec un cas de 2019-nCoV confirmé: oui non inconnu
si oui: dans la famille en tant que membre du personnel médical ou soignant
 autres contacts: _____

Voyages pendant la période de contagiosité: oui non inconnu
si oui: compagnie aérienne: _____ n° de vol: _____ départ: lieu / date / heure _____ arrivée: lieu / date / heure _____ siège n°: _____

Activité professionnelle: _____

Mesures

Patient/e isolé/e: oui non si oui: à l'hôpital à la maison début: __/__/____
Personnes exposées durant la période de contagiosité: réseau familial/social travail, crèche, école, équipe sportive
 hôpital, foyer, cabinet passagers identifiables (avion, croisière, voyage organisé)
 autres: _____
Personnes de contact identifiées: oui non si oui, nombre: _____
informées: oui non
en quarantaine: oui non

Autres mesures: _____

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>