



Coronavirus disease COVID-19

Déclaration du résultat clinique pour les patients hospitalisés

S.v.p. à remplir et envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP dans un délai de 24 heures.^a
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: fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ toux troubles respiratoires pneumonie (confirmée par imagerie) ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

diarrhée céphalées anosmie agueusie

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

Laboratoire: nom/tél.: _____

date du prélèvement: ____/____/____

Motif du test: Symtômes compatibles avec COVID-19 Investigation de flambée autres: _____

Résultat radiologique: CT-Scan compatible avec COVID-19 oui non

Evolution

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

séjour aux soins intensifs, si oui: avec ventilation 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

Résident d'une maison de retraite ou de soins ou d'un autre établissement médico-social: oui non

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 Ecole/jardin d'enfant/crèche

au travail autres contacts: _____

quand: Date d'exposition: ____/____/____ 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: _____

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