

# 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: \_\_\_\_\_ sexe:  f  m

Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

Pays de résidence: \_\_\_\_\_ nationalité: \_\_\_\_\_

Décédé des suites de la maladie COVID-19: date de décès: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lieu de décès:  hôpital  maison de retraite et de soins  autre établissement médico-social: \_\_\_\_\_  
 hébergement collectif: \_\_\_\_\_  autre: \_\_\_\_\_

Diagnostic: laboratoire:  positif  négatif  en cours  pas testé

laboratoire (nom, tél): \_\_\_\_\_

résultat radiologique:  CT-Scan compatible avec COVID-19

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

Fumeur:  oui  non  inconnu

Hospitalisation:  oui du: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  non

Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_

Complications:  pneumonie (confirmée par imagerie)  ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

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

Séjour aux soins intensifs:  oui du: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  non

Ventilation artificielle:  oui, durée (en jours): \_\_\_\_\_  non

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire:  oui

### Remarques

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

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_