



# Coronavirus disease COVID-19

Uniquement pour les patients hospitalisés et pour les résidents des maisons de retraite et de soins, et d'autres établissements médico-sociaux:

Déclaration du résultat clinique suite au résultat de laboratoire positif

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:  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  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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Résultat radiologique:  CT-Scan compatible avec COVID-19

## Evolution

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

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

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

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

si oui:  dans la famille  en tant que membre du personnel médical ou soignant  Ecole/jardin d'enfant/crèche

travail  autres contacts: \_\_\_\_\_

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

Membre du personnel médical ou soignant:  oui  non

## 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>