

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.^a
OFSP Fax: +41 58 463 87 77
OFSP HIN secured:
covid-19@hin.infreport.ch

Patient/e

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance:

--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

 année

sexe: f m

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

--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--

 jour mois année

Maladies sous-jacentes & facteurs de risque:

<input type="checkbox"/> diabète	<input type="checkbox"/> maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> immunosuppression
<input type="checkbox"/> hypertension	<input type="checkbox"/> maladie respiratoire chronique	<input type="checkbox"/> cancer
<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> autres: _____	

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

Remarques

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

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Date: ___/___/___ signature: _____

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