



MERS – Coronavirus

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à remplir et renvoyer par retour du courrier à : OFSP et au médecin cantonal.^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 radiographie)
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) autres symptômes: _____
début des manifestations: __/__/____
Laboratoire: Centre national de référence CRIVE à Genève (<http://virologie.hug-ge.ch>)
 autre laboratoire, nom/tél.: _____
 laboratoire informé au préalable date du prélèvement: __/__/____ aucun laboratoire

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: __/__/____ non inconnu
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 avec personne suspectée d'infection au MERS-CoV: oui non inconnu
si oui: dans la famille en tant que membre du personnel médical ou soignant
 autres contacts: _____
contact avec un dromadaire / produits dérivés: oui non inconnu
Voyages après le début des manifestations: 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 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>