

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: _____ 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: _____