



# Coronavirus disease COVID-19

Déclaration du résultat clinique ou du résultat clinique suite au décès dans les 24h au médecin cantonal et à l'OFSP. <sup>a</sup>

## Patient/e

Nom: \_\_\_\_\_ prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ sexe:  f  m

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ nationalité: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH/FL: \_\_\_\_\_

## Diagnostic

Manifestation:  symptômes compatible avec COVID-19  autres symptômes  aucun symptôme

début des manifestations: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_ date du prélèvement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Résultat radiologique: CT-Scan compatible avec COVID-19:  oui  non

## Évolution

Hospitalisation:  oui, date de l'admission: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  non

si oui: motif de l'admission à l'hôpital:  COVID-19  autre

séjour aux soins intensifs:  oui  non

ventilation artificielle:  oui  non

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

aucune  autre: \_\_\_\_\_

Décès:  oui, date de décès: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  non

si oui: cause principale du décès<sup>b</sup>:  COVID-19  autre  non identifiée

lieu du décès:  hôpital  maison de retraite et de soins  autre établissement médico-social: \_\_\_\_\_

autre lieu de décès: \_\_\_\_\_

## Statut vaccinal avant le début de la maladie

Vaccination contre le COVID-19:  oui  non  inconnu

si oui: dernière dose:  < 6 mois  6 - 12 mois  > 12 mois  inconnu

vaccin utilisé pour la dernière dose (nom commercial): \_\_\_\_\_

## Exposition

Dans les 14 jours avant le début des manifestations.

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

si oui: institution (nom/tél.): \_\_\_\_\_

Activité professionnelle en tant que membre du personnel médical ou soignant:  oui  non  inconnu

## Facteurs de risque

Maladies sous-jacentes pertinente pour COVID-19<sup>c</sup>:  oui  non  inconnu

Immunodéficience<sup>d</sup>:  oui  non  inconnu

Grossesse:  oui  non  inconnu

## Remarques

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

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

<sup>a</sup> Formulaire actuels disponibles sur <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> COVID-19 comme cause principale ou directe du décès

<sup>c</sup> Informations sur les catégories de personnes vulnérables: [Catégories de personnes vulnérables.pdf](#)

<sup>d</sup> Liste sur l'immunodéficience sous «Maladies/traitements qui affaiblissent le système immunitaire» dans le document: [Catégories de personnes vulnérables.pdf](#)