Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2020V6
laisser en blanc

Coronavirus disease COVID-19

Déclaration du résultat clinique pour les patients hospitalisés

S.v.p. à remplir et envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP dans un délai de 24 heures.[a]
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 ≥38°C ☐ toux ☐ troubles respiratoires ☐ pneumonie (confirmée par imagerie) ☐ ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)

☐ diarrhée ☐ céphalées ☐ anosmie ☐ agueusie

☐ aucun symptôme ☐ autres symptômes: _____

début des manifestations: _____/_____/_____

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: _____/_____/_____

Motif du test: ☐ Symtômes compatibles avec COVID-19 ☐ Investigation de flambée ☐ autres: _____

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

Evolution

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

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

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

Voie de transmission la plus probable: ☐ dans la famille ☐ en tant que membre du personnel médical ou soignant ☐ Ecole/jardin d'enfant/crèche

☐ au travail ☐ autres contacts: _____

quand: Date d'exposition: _____/_____/_____ ☐ inconnu

activité professionnelle: membre du personnel médical ou soignant: ☐ oui ☐ non, autre: _____

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

confidentiel