



COVID-19 Surveillance de la mortalité (conforme aux exigences de l'Organisation mondiale de la santé)

Attention: Formulaire à utiliser qu'en cas de décès par COVID-19

Avis important : Le formulaire dûment rempli, daté et signé est à envoyer à la Division de l'Inspection Sanitaire à l'adresse figurant dans l'en-tête.



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](https://www.adobe.com/acrobat).

Saisie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Signalétique du patient

1. Numéro d'identification national :

(Matricule)

à défaut, date de naissance (dd/mm/aaaa) :

Prénom :

Nom :

(de jeune fille le cas échéant)

2. Genre* : masculin féminin pas d'info

Adresse :

3.a. Date de décès (dd/mm/aaaa)* :

3.b. Date de début des symptômes (dd/mm/aaaa)* :

4. Est-ce qu'il y a eu un échantillon pour diagnostic de laboratoire COVID-19* : oui non inconnu

a. Si oui, date du premier échantillon pris (dd/mm/aaaa) :

b. Résultat laboratoire : positif négatif en attente non concluant

5. Est-ce que le patient a été admis à l'hôpital* : oui non inconnu

Si oui, date d'admission à l'hôpital (dd/mm/aaaa) :

6. Est-ce que le patient a été admis aux soins intensifs* : oui non inconnu

7. Est-ce que le patient a reçu de la ventilation mécanique* : oui non inconnu

8. Est-ce que le patient a eu de l'oxygénation extracorporelle par membrane (ECMO)* : oui non inconnu

ECMO pas disponible dans l'hôpital

9. Est-ce que le patient a eu une co-infection avec d'autres pathogènes respiratoires* : oui non inconnu

pas testé

Si oui, préciser quel(s) pathogène(s) :

10. Cause de décès mentionné dans le certificat de décès* :

11. Est-ce qu'une autopsie a été réalisée* : oui non inconnu

Si oui, quel a été le résultat :



12. Est-ce que le patient avait-il une condition prédisposante* : oui non inconnu

Si oui, préciser pour chaque i. à xi. :

i. Asthme, traité dans les 3 dernières années* : oui non inconnu

ii. Maladie respiratoire chronique (autre que asthme)* : oui non inconnu

iii. Maladie cardiorespiratoire, y inclus l'hypertension artérielle* : oui non inconnu

iv. Maladie rénale chronique* : oui non inconnu

v. Maladie hépatique chronique* : oui non inconnu

vi. Maladie neurologique ou neuromusculaire chronique* : oui non inconnu

vii. Diabète sous insuline ou traitement oral par hypoglycémiant* : oui non inconnu

viii. Obésité* : oui non inconnu

ix. Immunosuppression (due à une maladie, y compris HIV)* : oui non inconnu

x. Immunosuppression (due à un traitement)* : oui non inconnu

xi. Toute autre condition médicale* : oui non inconnu

Si oui, préciser :

13. Est-ce que la patiente a été enceinte* : oui non inconnu

Si enceinte, préciser dans quel trimestre :

premier deuxième troisième

inconnu

14. Commentaires
additionnels :

Signature du médecin déclarant

Fait à* :

Le* :

(signature)