



**COVID-19 SURVEILLANCE DE LA MORTALITÉ (CONFORME AUX EXIGENCES DE L'ORGANISATION  
MONDIALE DE LA SANTÉ) : FORMULAIRE OMS**

**! UNIQUEMENT POUR PATIENTS DÉCÉDÉS**

1.	Matricule du patient (à défaut date de naissance)		
2.	Genre	Homme/femme/ pas d'info	
3.	Date du début des symptômes	dd/mm/aaaa	
4.	Est-ce qu'il y a un échantillon pour diagnostic de laboratoire COVID-19 ?	Oui, non, inconnu	
4.a	Si oui : date du premier échantillon pris	dd/mm/aaaa	
4.b	Résultat laboratoire	Positif, négatif, en attente	
5.	Est-ce que le patient a été admis à l'hôpital ?	Oui, non, inconnu	
5.a	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, ECMO pas disponible dans l'hôpital, inconnu	
9.	Est-ce que le patient a eu une co- infection avec d'autres pathogènes respiratoires ?	Oui, non, pas testé, inconnu	
9.a	Si oui : préciser quel pathogène	Texte libre	
10.	Cause de décès mentionnée dans le certificat de décès	Texte libre	
11.	Est-ce qu'une autopsie a été réalisée ?	Oui, non, inconnu	
11.a	Si oui : quel était le résultat	Texte libre	
12.	Est-ce que le patient avait-il une condition prédisposante ?	Oui, non, inconnu	
12.a	Si oui : préciser : <b>pour chaque item</b> :	Oui, non, inconnu	
12.a.i	Asthme, traité dans les 3 dernières années	Oui, non, inconnu	
12.a.ii	Maladie respiratoire chronique (autre que asthme)	Oui, non, inconnu	
12.a.iii	Maladie cardiovasculaire, y compris l'hypertension artérielle	Oui, non, inconnu	
12.a.iv	Maladie rénale chronique	Oui, non, inconnu	
12.a.v	Maladie hépatique chronique	Oui, non, inconnu	
12.a.vi	Maladie neurologique ou neuromusculaire chronique	Oui, non, inconnu	
12.a.vii	Diabète sous insuline ou traitement oral hypoglycémiant	Oui, non, inconnu	
12.a.viii	Obésité	Oui, non, inconnu	
12.a.ix	Immunosuppression (due à une maladie, y compris HIV)	Oui, non, inconnu	
12.a.x	Immunosuppression (due à un traitement)	Oui, non, inconnu	
12.a.xi	Toute autre condition médicale	Oui, non, inconnu	
12.a.xi.1	Si oui : préciser	Texte libre	
13.	Est-ce que la patiente a été enceinte ?	Oui, non, inconnu	
13.a	Si enceinte :	1 <sup>er</sup> , 2 <sup>ème</sup> ou 3 <sup>ème</sup> trimestre, inconnu	
14.	Commentaires additionnels :	Texte libre	