



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Est

COMMUNE: Terrier-Rouge

INSTITUTION SANITAIRE: CSL de Terrier Rouge

TYPE: CSL

PERIODE: T I 2017

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	425.00	425.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	15.00	14.00		34.00	0.00	0.00	0.00
3	Références à l'échelon supérieur	6.00	6.00		169.00	0.00	0.00	0.00
4	Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois	60.00	60.00		17.00	0.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	465.00	465.00		17.00	0.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	407.00	407.00		17.00	0.00	0.00	0.00
7	TB pulmonaire bactériologiquement confirmés	4.00	4.00		236.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	32.00	30.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	2.00	2.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	Premières consultations prénatales au premier trimestre	18.00	16.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	Deux dernières CPN au troisième trimestre	4.00	4.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	30.00	33.00		34.00	0.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH	165.00	165.00		101.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ placées sous ARV	6.00	6.00		101.00	0.00	0.00	0.00
15	Femmes enceintes VIH+ référées à un échelon supérieur pour la prise en charge	0.00	0.00		101.00	0.00	0.00	0.00
16	Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours	28.00	26.00		68.00	0.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	1128.00	1117.00		34.00	0.00	0.00	0.00
18	Nombre de cas de TB+ traités	0.00	7.00		101.00	0.00	0.00	0.00

19	Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés	0.00	0.00		101.00	0.00	0.00	0.00
20	Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 heures	3.00	3.00		101.00	0.00	0.00	0.00
	Total subsides quantité						0.00	
	Score qualité						95.74%	
	Bonus qualité						0.00	
	Bonus isolement (0%)						0.00	
	MONTANT A PAYER (HTG)						0.00	

Facture pour le **T I 2017** pour la formation sanitaire **CSL de Terrier Rouge** à un montant de **z?ro HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....