MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Ouest
COMMUNE: Port-de-Paix
INSTITUTION SANITAIRE: CSL des Trois RIvières
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	347.00	347.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	17.00	19.00		34.00	0.00	0.00	0.00
3	Références à l'échelon supérieur	0.00	0.00		169.00	0.00	0.00	0.00
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	6.00	6.00		17.00	0.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	63.00	63.00		17.00	0.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	210.00	215.00		17.00	0.00	0.00	0.00
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	0.00	0.00		236.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	75.00	80.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	0.00	0.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	12.00	12.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	CPN4 à T3	0.00	0.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	11.00	8.00		34.00	0.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis	0.00	0.00		101.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ prises en charge	0.00	0.00		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	0.00	0.00		68.00	0.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	390.00	385.00		34.00	0.00	0.00	0.00
18	Nombre de cas de TB+ traités	0.00	0.00		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	0.00	0.00		101.00	0.00	0.00	0.00
	Total subsides quantité						**0.00**	
	Score qualité						**85.15%**	
	Bonus qualité						**0.00**	
	Bonus isolement (10%)						**0.00**	
	MONTANT A PAYER (HTG)						**0.00**	

Facture pour le **T I 2017** pour la formation sanitaire **CSL des Trois RIvières** à un montant de **z?ro HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Nom :.....

Titre :.....

Signature :.....

Date :.....

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Titre :.....

Signature :.....

Date :.....