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 II 2017

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	407.00	407.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	20.00	13.00		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	Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois	135.00	135.00		17.00	0.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	153.00	153.00		17.00	0.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	225.00	226.00		17.00	0.00	0.00	0.00
7	TB pulmonaire bactériologiquement confirmés	0.00	0.00		236.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	57.00	57.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	0.00	0.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	Premières consultations prénatales au premier trimestre	9.00	8.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	Deux dernières CPN au troisième trimestre	0.00	0.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	18.00	11.00		34.00	0.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH	0.00	0.00		101.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ placées sous ARV	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	348.00	348.00		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						**85.58%**	
	Bonus qualité						**0.00**	
	Bonus isolement (10%)						**0.00**	
	MONTANT A PAYER (HTG)						**0.00**	

Facture pour le **T II 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 :.....