



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Ouest

COMMUNE: Saint Louis du Nord

INSTITUTION SANITAIRE: NorthWest Christian Mission MWCM

TYPE: CAL

PERIODE: T I 2017

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	545.00	545.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	1.00	1.00		34.00	0.00	0.00	0.00
3	Références à l'échelon supérieur	2.00	2.00		169.00	0.00	0.00	0.00
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	0.00	0.00		17.00	0.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	0.00	0.00		17.00	0.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	0.00	0.00		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	36.00	35.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	102.00	102.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	24.00	37.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	CPN4 à T3	16.00	15.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	71.00	83.00		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	18.00	28.00		68.00	0.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	588.00	161.00		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							%	
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 **NorthWest Christian Mission MWCM** à un montant de **zéro HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....