MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Ouest
COMMUNE: Môle-Saint-Nicolas
INSTITUTION SANITAIRE: CAL Môle Saint Nicolas
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	280.00	280.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	4.00	0.00		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	248.00	248.00		17.00	0.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	1.00	1.00		17.00	0.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	188.00	85.00		17.00	0.00	0.00	0.00
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	1.00	2.00		236.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	43.00	15.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	7.00	9.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	18.00	9.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	CPN4 à T3	2.00	1.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	24.00	21.00		34.00	0.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis	34.00	34.00		101.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ prises en charge	1.00	1.00		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	2.00	2.00		68.00	0.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	1071.00	294.00		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						**57.63%**	
	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 **CAL Môle Saint Nicolas** 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 :.....