



# **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**

**DEPARTEMENT:** Sud

**COMMUNE:** Camp-Perrin

**INSTITUTION SANITAIRE:** CAL Camp-Perrin

**TYPE:** CAL

**PERIODE:** T I 2017

| #  | Indicateurs                                                                   | Résultats<br>déclarés | Résultats<br>vérifiés | Cible | Tarif<br>(HTG) | Plafond<br>(HTG) | Montant<br>à payer | %<br>atteint |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|----------------|------------------|--------------------|--------------|
| 1  | Nouvelles consultations curatives institutionnelles                           | 607.00                | 245.00                | 515   | 17.00          | 8755.00          | 0.00               | 0.00         |
| 2  | Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités                                     | 34.00                 | 24.00                 | 30    | 34.00          | 1122.00          | 0.00               | 0.00         |
| 3  | Références à l'échelon supérieur                                              | 19.00                 | 11.00                 | 18    | 169.00         | 3954.60          | 0.00               | 0.00         |
| 4  | Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois      | 16.00                 | 16.00                 | 10    | 17.00          | 170.00           | 170.00             | 100.00       |
| 5  | Déparasitage des enfants de 12-59 mois                                        | 0.00                  | 0.00                  | 8     | 17.00          | 136.00           | 0.00               | 0.00         |
| 6  | Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A             | 123.00                | 89.00                 | 125   | 17.00          | 2125.00          | 0.00               | 0.00         |
| 7  | TB pulmonaire bactériologiquement confirmés                                   | 2.00                  | 2.00                  | 3     | 236.00         | 2124.00          | 472.00             | 22.22        |
| 8  | Enfants complètement vaccinés, <12 mois                                       | 11.00                 | 20.00                 | 15    | 270.00         | 4860.00          | 0.00               | 0.00         |
| 9  | Accouchements institutionnels                                                 | 31.00                 | 31.00                 | 35    | 405.00         | 42525.00         | 12555.00           | 29.52        |
| 10 | Premières consultations prénatales au premier trimestre                       | 14.00                 | 11.00                 | 100   | 101.00         | 11110.00         | 0.00               | 0.00         |
| 11 | Deux dernières CPN au troisième trimestre                                     | 2.00                  | 2.00                  |       | 203.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 12 | VAT2+                                                                         | 20.00                 | 14.00                 | 0     | 34.00          | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 13 | Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH                         | 112.00                | 112.00                | 107   | 101.00         | 10807.00         | 10807.00           | 100.00       |
| 14 | Femmes enceintes VIH+ placées sous ARV                                        | 2.00                  | 2.00                  | 3     | 101.00         | 303.00           | 202.00             | 66.67        |
| 15 | Femmes enceintes VIH+ référées à un échelon supérieur pour la prise en charge | 0.00                  | 0.00                  | 0     | 101.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 16 | Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours                         | 23.00                 | 25.00                 | 35    | 68.00          | 4760.00          | 1615.00            | 33.93        |
| 17 | Utilisation de méthodes modernes de PF                                        | 1047.00               | 914.00                | 96    | 34.00          | 6528.00          | 5875.20            | 90.00        |
| 18 | Nombre de cas de TB+ traités                                                  | 0.00                  | 0.00                  | 4     | 101.00         | 404.00           | 0.00               | 0.00         |

|    |                                                                                             |      |      |   |        |         |                  |      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|---|--------|---------|------------------|------|
| 19 | Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés                                                | 0.00 | 0.00 | 0 | 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 | 5 | 101.00 | 1515.00 | 0.00             | 0.00 |
|    | <b>Total subsides quantité</b>                                                              |      |      |   |        |         | <b>31696.20</b>  |      |
|    | <b>Score qualité</b>                                                                        |      |      |   |        |         | <b>61.25%</b>    |      |
|    | <b>Bonus qualité</b>                                                                        |      |      |   |        |         | <b>4,853.48</b>  |      |
|    | <b>Bonus isolement (0%)</b>                                                                 |      |      |   |        |         | <b>0.00</b>      |      |
|    | <b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>                                                                |      |      |   |        |         | <b>36,549.68</b> |      |

Facture pour le **T I 2017** pour la formation sanitaire **CAL Camp-Perrin** à un montant de **trente-six mille cinq cent quarante-neuf HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Nom : .....

Titre : .....

Titre : .....

Signature : .....

Signature : .....

Date : .....

Date : .....