



## MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

**DEPARTEMENT:** Sud

**COMMUNE:** Camp-Perrin

**INSTITUTION SANITAIRE:** CAL Camp-Perrin

**TYPE:** CAL

**PERIODE:** T IV 2017

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	107.00	243.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	19.00	33.00		34.00	0.00	0.00	0.00
3	Références à l'échelon supérieur	1.00	1.00		169.00	0.00	0.00	0.00
4	Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois	23.00	138.00		17.00	0.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	131.00	0.00		17.00	0.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	532.00	96.00		17.00	0.00	0.00	0.00
7	TB pulmonaire bactériologiquement confirmés	2.00	2.00		236.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	25.00	19.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	57.00	58.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	Premières consultations prénatales au premier trimestre	118.00	17.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	Deux dernières CPN au troisième trimestre	41.00	0.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	13.00	13.00		34.00	0.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH	122.00	122.00		101.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ placées sous ARV	2.00	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	39.00	0.00		68.00	0.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	1335.00	1476.00		34.00	0.00	0.00	0.00
18	Nombre de cas de TB+ traités	2.00	1.00		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	4.00	3.00		101.00	0.00	0.00	0.00
<b>Total subsides quantité</b>							<b>0.00</b>	
<b>Score qualité</b>							<b>%</b>	
<b>Bonus qualité</b>							<b>0.00</b>	
<b>Bonus isolement (0%)</b>							<b>0.00</b>	
<b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>							<b>0.00</b>	

Facture pour le **T IV 2017** pour la formation sanitaire **CAL Camp-Perrin** à un montant de **z?ro HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....