MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Sud
COMMUNE: Aquin
INSTITUTION SANITAIRE: CAL Sunlight La Colline
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	491.00	264.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	2.00	3.00		34.00	0.00	0.00	0.00
3	Références à l'échelon supérieur	0.00	1.00		169.00	0.00	0.00	0.00
4	Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois	0.00	0.00		17.00	0.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	0.00	80.00		17.00	0.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	8.00	10.00		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	0.00	7.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	5.00	4.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	Premières consultations prénatales au premier trimestre	0.00	1.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	Deux dernières CPN au troisième trimestre	3.00	0.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	4.00	0.00		34.00	0.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH	0.00	3.00		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	41.00	74.00		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 IV 2017** pour la formation sanitaire **CAL Sunlight La Colline** 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 :.....