



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Sud

COMMUNE: Cavaillon

INSTITUTION SANITAIRE: CAL Cavaillon

TYPE: CSL

PERIODE: T III 2017

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	1087.00	1164.00		17.00	0.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	5.00	5.00		34.00	0.00	0.00	0.00
3	Références à l'échelon supérieur	13.00	12.00		169.00	0.00	0.00	0.00
4	Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois	0.00	148.00		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	122.00	39.00		17.00	0.00	0.00	0.00
7	TB pulmonaire bactériologiquement confirmés	4.00	5.00		236.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	27.00	11.00		270.00	0.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	1.00	1.00		405.00	0.00	0.00	0.00
10	Premières consultations prénatales au premier trimestre	21.00	15.00		101.00	0.00	0.00	0.00
11	Deux dernières CPN au troisième trimestre	6.00	1.00		203.00	0.00	0.00	0.00
12	VAT2+	8.00	19.00		34.00	0.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH	34.00	32.00		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	1.00	0.00		68.00	0.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	659.00	359.00		34.00	0.00	0.00	0.00
18	Nombre de cas de TB+ traités	0.00	3.00		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 III 2017** pour la formation sanitaire **CAL Cavillon** à un montant de **zéro HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....