|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de prestation** | **N° prestation**  **&**  **N° d’Ordre dans le Registre de service (NRS)** | **Identification du patient (MPI, Nom, Prénom, Téléphone, Date de Naissance et Sexe)** | **TB : Prélèvement + examen réalisé (CDT)**  **CU : 1000 FCFA** | **TB : Prélèvement + transport**  **CU : 500 FCFA** | **TB : Examen réalisé (échantillons venant des FOSA non CDT)**  **CU : 500 FCFA** | **Signature du Patient** | **Observations & Signature du responsable** |
|  | ***NW.23.CTB.000001***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000002***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000003***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000004***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000005***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000006***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000007***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000008***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000009***  **NRS ………………** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |
|  | ***NW.23.CTB.000010***  **NRS ……………….** | *MPI*  *Noms & Prénoms\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Sexe \_\_\_\_ Date Naissance /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/*  *Tél \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |  |  |  |  |

****

**COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE (PHASE 1)**

Examens de tuberculose remboursable

***MINSANTE/CTN-CSU : Fiche de suivi des prestations de la CSU (phase 1) dans les formations sanitaires***