



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Est

COMMUNE: Terrier-Rouge

INSTITUTION SANITAIRE: CSL de Grand-Bassin

TYPE: CSL

PERIODE: T III 2014

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	668.00	631.00	750	11.00	8250.00	6593.95	79.93
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	4.00	4.00	180	22.00	4356.00	88.00	2.02
3	Références à l'échelon supérieur	2.00	4.00	30	109.00	4251.00	0.00	0.00
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	1753.00	241.00	1250	11.00	13750.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	7.00	6.00	1072	11.00	11792.00	59.40	0.50
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	260.00	102.00	400	11.00	4400.00	0.00	0.00
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	0.00	0.00	5	153.00	2295.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	44.00	14.00	40	175.00	8400.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	18.00	18.00	12	263.00	9468.00	4734.00	50.00
10	CPN1 à T1	34.00	32.00	7	66.00	508.20	508.20	100.00
11	CPN4 à T3	38.00	40.00	32	131.00	8384.00	4978.00	59.38
12	VAT2+	9.00	15.00	5	22.00	121.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis	0.00	0.00		66.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ prises en charge	0.00	0.00		66.00	0.00	0.00	0.00
15	Femmes enceintes VIH+ référées à un échelon supérieur pour la prise en charge	0.00	0.00		66.00	0.00	0.00	0.00
16	Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours	93.00	22.00	30	44.00	2640.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	870.00	810.00	140	22.00	6160.00	6160.00	100.00
	Total subsides quantité						23121.55	

	Score qualité	48.75%
	Bonus qualité	2,817.94
	Bonus isolement (0%)	0.00
	MONTANT A PAYER (HTG)	25,939.49

Facture pour le **T III 2014** pour la formation sanitaire **CSL de Grand-Bassin** à un montant de **vingt-cinq mille neuf cent trente-neuf HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....