



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 IV 2014

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	683.00	683.00	750	11.00	8250.00	7513.00	91.07
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	10.00	10.00	180	22.00	4356.00	220.00	5.05
3	Références à l'échelon supérieur	7.00	7.00	30	109.00	4251.00	763.00	17.95
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	937.00	174.00	1250	11.00	13750.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	7.00	7.00	1072	11.00	11792.00	77.00	0.65
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	144.00	118.00	400	11.00	4400.00	0.00	0.00
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	2.00	2.00	5	153.00	2295.00	306.00	13.33
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	20.00	19.00	40	175.00	8400.00	3158.75	37.60
9	Accouchements institutionnels	6.00	6.00	12	263.00	9468.00	1578.00	16.67
10	CPN1 à T1	6.00	7.00	7	66.00	508.20	415.80	81.82
11	CPN4 à T3	8.00	11.00	32	131.00	8384.00	0.00	0.00
12	VAT2+	19.00	20.00	5	22.00	121.00	121.00	100.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis	0.00	0.00	0	66.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ prises en charge	0.00	0.00	0	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	0	66.00	0.00	0.00	0.00
16	Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours	78.00	27.00	30	44.00	2640.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	860.00	840.00	140	22.00	6160.00	6160.00	100.00
	Total subsides quantité						20312.55	

	Score qualité	81.25%
	Bonus qualité	4,125.99
	Bonus isolement (0%)	0.00
	MONTANT A PAYER (HTG)	24,438.54

Facture pour le **T IV 2014** pour la formation sanitaire **CSL de Grand-Bassin** à un montant de **vingt-quatre mille quatre cent trente-huit HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....