



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Est

COMMUNE: Terrier-Rouge

INSTITUTION SANITAIRE: CSL de Terrier Rouge

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	244.00	217.00	650	11.00	7150.00	2148.30	30.05
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	12.00	4.00	160	22.00	3872.00	0.00	0.00
3	Références à l'échelon supérieur	0.00	0.00	20	109.00	2834.00	0.00	0.00
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	668.00	181.00	300	11.00	3300.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	7.00	1.00	950	11.00	10450.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	287.00	33.00	475	11.00	5225.00	0.00	0.00
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	18.00	18.00	3	153.00	1377.00	1377.00	100.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	44.00	27.00	130	175.00	27300.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	0.00	0.00	10	263.00	7890.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	24.00	39.00	50	66.00	3630.00	0.00	0.00
11	CPN4 à T3	3.00	0.00	10	131.00	2620.00	0.00	0.00
12	VAT2+	28.00	31.00	50	22.00	1210.00	613.80	50.73
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis	96.00	96.00	150	66.00	9900.00	6336.00	64.00
14	Femmes enceintes VIH+ prises en charge	1.00	1.00	10	66.00	660.00	66.00	10.00
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	54.00	8.00	40	44.00	3520.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	1969.00	2359.00	700	22.00	30800.00	30800.00	100.00
	Total subsides quantité						41341.10	

	Score qualité	50.62%
	Bonus qualité	5,231.72
	Bonus isolement (0%)	0.00
	MONTANT A PAYER (HTG)	46,572.82

Facture pour le **T III 2014** pour la formation sanitaire **CSL de Terrier Rouge** à un montant de **quarante-six mille cinq cent soixante-douze HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....