



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 IV 2014

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	279.00	279.00	650	11.00	7150.00	3069.00	42.92
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	1.00	1.00	160	22.00	3872.00	22.00	0.57
3	Références à l'échelon supérieur	7.00	7.00	20	109.00	2834.00	763.00	26.92
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	273.00	184.00	300	11.00	3300.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	6.00	2.00	950	11.00	10450.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	34.00	27.00	475	11.00	5225.00	0.00	0.00
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	4.00	4.00	3	153.00	1377.00	612.00	44.44
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	0.00	0.00	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	9.00	11.00	50	66.00	3630.00	0.00	0.00
11	CPN4 à T3	6.00	0.00	10	131.00	2620.00	0.00	0.00
12	VAT2+	44.00	23.00	50	22.00	1210.00	0.00	0.00
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis	99.00	99.00	150	66.00	9900.00	6534.00	66.00
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	12.00	9.00	40	44.00	3520.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	2323.00	2332.00	700	22.00	30800.00	30800.00	100.00
	Total subsides quantité						41866.00	

	Score qualité	65.62%
	Bonus qualité	6,868.12
	Bonus isolement (0%)	0.00
	MONTANT A PAYER (HTG)	48,734.12

Facture pour le **T IV 2014** pour la formation sanitaire **CSL de Terrier Rouge** à un montant de **quarante-huit mille sept cent trente-quatre HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....