



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Est

COMMUNE: Terrier-Rouge

INSTITUTION SANITAIRE: Dispensaire de Danda

TYPE: Dispensaire

PERIODE: T IV 2014

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	208.00	208.00	753	11.00	8283.00	2288.00	27.62
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	1.00	1.00	45	22.00	1089.00	22.00	2.02
3	Références à l'échelon supérieur	5.00	5.00	15	109.00	2125.50	545.00	25.64
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	107.00	57.00	86	11.00	946.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	13.00	13.00	268	11.00	2948.00	143.00	4.85
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	29.00	29.00	86	11.00	946.00	319.00	33.72
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	0.00	0.00	0	153.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	9.00	9.00	20	175.00	4200.00	1575.00	37.50
9	Accouchements institutionnels	0.00	0.00		263.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	4.00	4.00	30	66.00	2178.00	264.00	12.12
11	CPN4 à T3	0.00	0.00	30	131.00	7860.00	0.00	0.00
12	VAT2+	8.00	8.00	30	22.00	726.00	176.00	24.24
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	8.00	1.00	30	44.00	2640.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	296.00	296.00	376	22.00	16544.00	6512.00	39.36
	Total subsides quantité						11844.00	

	Score qualité	59.38%
	Bonus qualité	1,758.24
	Bonus isolement (0%)	0.00
	MONTANT A PAYER (HTG)	13,602.24

Facture pour le **T IV 2014** pour la formation sanitaire **Dispensaire de Danda** à un montant de **treize mille six cent deux HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....