



# **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**

**DEPARTEMENT:** Nord-Est

**COMMUNE:** Ouanaminthe

**INSTITUTION SANITAIRE:** Centre de Santé de Ouanaminthe

**TYPE:** CSL

**PERIODE:** T IV 2017

| #  | Indicateurs                                                                   | Résultats<br>déclarés | Résultats<br>vérifiés | Cible | Tarif<br>(HTG) | Plafond<br>(HTG) | Montant<br>à payer | %<br>atteint |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|----------------|------------------|--------------------|--------------|
| 1  | Nouvelles consultations curatives institutionnelles                           | 2163.00               | 1639.00               | 6250  | 17.00          | 106250.00        | 0.00               | 0.00         |
| 2  | Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités                                     | 68.00                 | 49.00                 | 0     | 34.00          | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 3  | Références à l'échelon supérieur                                              | 75.00                 | 129.00                | 88    | 169.00         | 19333.60         | 0.00               | 0.00         |
| 4  | Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois      | 73.00                 | 504.00                | 750   | 17.00          | 12750.00         | 0.00               | 0.00         |
| 5  | Déparasitage des enfants de 12-59 mois                                        | 12.00                 | 12.00                 | 0     | 17.00          | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 6  | Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A             | 1381.00               | 983.00                | 3125  | 17.00          | 53125.00         | 0.00               | 0.00         |
| 7  | TB pulmonaire bactériologiquement confirmés                                   | 19.00                 | 19.00                 | 48    | 236.00         | 33984.00         | 4484.00            | 13.19        |
| 8  | Enfants complètement vaccinés, <12 mois                                       | 639.00                | 317.00                | 875   | 270.00         | 283500.00        | 0.00               | 0.00         |
| 9  | Accouchements institutionnels                                                 | 728.00                | 728.00                | 513   | 405.00         | 623295.00        | 294840.00          | 47.30        |
| 10 | Premières consultations prénatales au premier trimestre                       | 166.00                | 180.00                | 875   | 101.00         | 97212.50         | 15453.00           | 15.90        |
| 11 | Deux dernières CPN au troisième trimestre                                     | 500.00                | 232.00                | 500   | 203.00         | 203000.00        | 0.00               | 0.00         |
| 12 | VAT2+                                                                         | 351.00                | 491.00                | 500   | 34.00          | 18700.00         | 0.00               | 0.00         |
| 13 | Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH                         | 645.00                | 729.00                | 875   | 101.00         | 88375.00         | 62584.65           | 70.82        |
| 14 | Femmes enceintes VIH+ placées sous ARV                                        | 10.00                 | 14.00                 | 15    | 101.00         | 1515.00          | 0.00               | 0.00         |
| 15 | Femmes enceintes VIH+ référées à un échelon supérieur pour la prise en charge | 0.00                  | 0.00                  | 0     | 101.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 16 | Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours                         | 414.00                | 416.00                | 625   | 68.00          | 85000.00         | 28288.00           | 33.28        |
| 17 | Utilisation de méthodes modernes de PF                                        | 6480.00               | 6504.00               | 644   | 34.00          | 43792.00         | 43792.00           | 100.00       |
| 18 | Nombre de cas de TB+ traités                                                  | 21.00                 | 21.00                 |       | 101.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |

|    |                                                                                             |       |       |  |        |      |                   |      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|--|--------|------|-------------------|------|
| 19 | Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés                                                | 0.00  | 0.00  |  | 101.00 | 0.00 | 0.00              | 0.00 |
| 20 | Nombre d'enfants nés de mères séropositives mis sous prophylaxie par ARV dans les 72 heures | 14.00 | 14.00 |  | 101.00 | 0.00 | 0.00              | 0.00 |
|    | <b>Total subsides quantité</b>                                                              |       |       |  |        |      | <b>449441.65</b>  |      |
|    | <b>Score qualité</b>                                                                        |       |       |  |        |      | <b>79.59%</b>     |      |
|    | <b>Bonus qualité</b>                                                                        |       |       |  |        |      | <b>89,427.65</b>  |      |
|    | <b>Bonus isolement (0%)</b>                                                                 |       |       |  |        |      | <b>0.00</b>       |      |
|    | <b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>                                                                |       |       |  |        |      | <b>538,869.30</b> |      |

Facture pour le **T IV 2017** pour la formation sanitaire **Centre de Santé de Ouanaminthe** à un montant de **cinq cent trente-huit mille huit cent soixante-neuf HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Nom : .....

Titre : .....

Titre : .....

Signature : .....

Signature : .....

Date : .....

Date : .....