



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Est

COMMUNE: Trou-du-Nord

INSTITUTION SANITAIRE: Dispensaire Roche Plate

TYPE: Dispensaire

PERIODE: T III 2014

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	272.00	293.00	6028	11.00	66308.00	3061.85	4.62
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	1.00	1.00	344	22.00	8324.80	22.00	0.26
3	Références à l'échelon supérieur	1.00	1.00	20	109.00	2834.00	109.00	3.85
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	79.00	52.00	700	11.00	7700.00	0.00	0.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	4.00	12.00	2048	11.00	22528.00	0.00	0.00
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	1.00	1.00	700	11.00	7700.00	11.00	0.14
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	6.00	5.00	5	153.00	2295.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	17.00	14.00	157	175.00	32970.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	0.00	0.00	0	263.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	22.00	19.00	241	66.00	17496.60	1128.60	6.45
11	CPN4 à T3	0.00	0.00	241	131.00	63142.00	0.00	0.00
12	VAT2+	3.00	7.00	241	22.00	5832.20	0.00	0.00
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	17.00	32.00	241	44.00	21208.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	665.00	939.00	1057	22.00	46508.00	0.00	0.00
	Total subsides quantité						4332.45	

	Score qualité	45.62%
	Bonus qualité	494.12
	Bonus isolement (20%)	965.31
	MONTANT A PAYER (HTG)	5,791.88

Facture pour le **T III 2014** pour la formation sanitaire **Dispensaire Roche Plate** à un montant de **cinq mille sept cent quatre-vingt-onze HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....