



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 IV 2014

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	376.00	376.00	6028	11.00	66308.00	4136.00	6.24
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	10.00	11.00	344	22.00	8324.80	217.80	2.62
3	Références à l'échelon supérieur	12.00	14.00	20	109.00	2834.00	1373.40	48.46
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	217.00	214.00	700	11.00	7700.00	2354.00	30.57
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	33.00	34.00	2048	11.00	22528.00	374.00	1.66
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	85.00	104.00	700	11.00	7700.00	0.00	0.00
7	Dépistage des cas TPM+ à microscopie positive	0.00	0.00	5	153.00	2295.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	4.00	18.00	157	175.00	32970.00	0.00	0.00
9	Accouchements institutionnels	0.00	0.00		263.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	4.00	4.00	241	66.00	17496.60	264.00	1.51
11	CPN4 à T3	0.00	0.00	241	131.00	63142.00	0.00	0.00
12	VAT2+	33.00	31.00	241	22.00	5832.20	647.90	11.11
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	27.00	25.00	241	44.00	21208.00	1045.00	4.93
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	842.00	888.00	1057	22.00	46508.00	18559.20	39.91
	Total subsides quantité						28971.30	

	Score qualité	68.12%
	Bonus qualité	4,933.81
	Bonus isolement (20%)	6,781.02
	MONTANT A PAYER (HTG)	40,686.13

Facture pour le **T IV 2014** pour la formation sanitaire **Dispensaire Roche Plate** à un montant de **quarante mille six cent quatre-vingt-six HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....