



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DEPARTEMENT: Nord-Est

COMMUNE: Trou-du-Nord

INSTITUTION SANITAIRE: Dispensaire de Pilette

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	200.00	345.00	250	11.00	2750.00	0.00	0.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	12.00	12.00	196	22.00	4743.20	264.00	5.57
3	Références à l'échelon supérieur	0.00	2.00	10	109.00	1417.00	218.00	15.38
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	135.00	130.00	128	11.00	1408.00	1408.00	100.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	24.00	26.00	1164	11.00	12804.00	271.70	2.12
6	Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A	0.00	0.00	125	11.00	1375.00	0.00	0.00
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	11.00	12.00	50	175.00	10500.00	1995.00	19.00
9	Accouchements institutionnels	0.00	0.00		263.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	24.00	30.00	7	66.00	508.20	0.00	0.00
11	CPN4 à T3	0.00	0.00	3	131.00	786.00	0.00	0.00
12	VAT2+	23.00	21.00	35	22.00	847.00	438.90	51.82
13	Femmes enceintes conseillées et dépistées pour VIH et syphilis	0.00	0.00	0	66.00	0.00	0.00	0.00
14	Femmes enceintes VIH+ prises en charge	0.00	0.00	0	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	0	66.00	0.00	0.00	0.00
16	Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours	27.00	13.00	2	44.00	176.00	0.00	0.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	444.00	440.00	60	22.00	2640.00	2640.00	100.00
	Total subsides quantité						7235.60	

	Score qualité	55.00%
	Bonus qualité	994.90
	Bonus isolement (15%)	1,234.57
	MONTANT A PAYER (HTG)	9,465.07

Facture pour le **T III 2014** pour la formation sanitaire **Dispensaire de Pilette** à un montant de **neuf mille quatre cent soixante-cinq HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....