



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 IV 2014

#	Indicateurs	Résultats déclarés	Résultats vérifiés	Cible	Tarif (HTG)	Plafond (HTG)	Montant à payer	% atteint
1	Nouvelles consultations curatives institutionnelles	394.00	394.00	250	11.00	2750.00	2750.00	100.00
2	Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités	31.00	32.00	196	22.00	4743.20	704.00	14.84
3	Références à l'échelon supérieur	13.00	7.00	10	109.00	1417.00	0.00	0.00
4	Nombre d'enfants de 6-59 mois bénéficiaires de dépistage nutritionnel au niveau institutionnel	148.00	145.00	128	11.00	1408.00	1408.00	100.00
5	Déparasitage des enfants de 12-59 mois	57.00	55.00	1164	11.00	12804.00	605.00	4.73
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		153.00	0.00	0.00	0.00
8	Enfants complètement vaccinés, <12 mois	5.00	5.00	50	175.00	10500.00	875.00	8.33
9	Accouchements institutionnels	0.00	0.00		263.00	0.00	0.00	0.00
10	CPN1 à T1	4.00	4.00	7	66.00	508.20	264.00	51.95
11	CPN4 à T3	1.00	1.00	3	131.00	786.00	131.00	16.67
12	VAT2+	6.00	7.00	35	22.00	847.00	138.60	16.36
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	15.00	15.00	2	44.00	176.00	176.00	100.00
17	Utilisation de méthodes modernes de PF	387.00	387.00	60	22.00	2640.00	2640.00	100.00
	Total subsides quantité						9691.60	

	Score qualité	64.38%
	Bonus qualité	1,559.86
	Bonus isolement (15%)	1,687.72
	MONTANT A PAYER (HTG)	12,939.18

Facture pour le **T IV 2014** pour la formation sanitaire **Dispensaire de Pilette** à un montant de **douze mille neuf cent trente-neuf HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom :.....

Nom :.....

Titre :.....

Titre :.....

Signature :.....

Signature :.....

Date :.....

Date :.....