



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

**DEPARTEMENT:** Centre

**COMMUNE:** Thomassique

**INSTITUTION SANITAIRE:** Centre de Santé de Boc Banic

**TYPE:** Dispensaire

**PERIODE:** T II 2018

| #  | 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                           | 733.00                | 732.00                | 750   | 17.00          | 12750.00         | 12444.00           | 97.60        |
| 2  | Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités                                     | 138.00                | 136.00                | 63    | 34.00          | 2356.20          | 2356.20            | 100.00       |
| 3  | Références à l'échelon supérieur                                              | 9.00                  | 9.00                  | 20    | 169.00         | 4394.00          | 1521.00            | 34.62        |
| 4  | Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois      | 185.00                | 184.00                | 125   | 17.00          | 2125.00          | 2125.00            | 100.00       |
| 5  | Déparasitage des enfants de 12-59 mois                                        | 118.00                | 117.00                | 50    | 17.00          | 850.00           | 850.00             | 100.00       |
| 6  | Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A             | 71.00                 | 72.00                 | 113   | 17.00          | 1921.00          | 1224.00            | 63.72        |
| 7  | TB pulmonaire bactériologiquement confirmés                                   | 0.00                  | 0.00                  |       | 236.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 8  | Enfants complètement vaccinés, <12 mois                                       | 0.00                  | 0.00                  | 43    | 270.00         | 13932.00         | 0.00               | 0.00         |
| 9  | Accouchements institutionnels                                                 | 0.00                  | 0.00                  | 8     | 405.00         | 9720.00          | 0.00               | 0.00         |
| 10 | Premières consultations prénatales au premier trimestre                       | 14.00                 | 14.00                 | 18    | 101.00         | 1999.80          | 1414.00            | 70.71        |
| 11 | Deux dernières CPN au troisième trimestre                                     | 14.00                 | 21.00                 |       | 203.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 12 | VAT2+                                                                         | 15.00                 | 15.00                 | 75    | 34.00          | 2805.00          | 510.00             | 18.18        |
| 13 | Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH                         | 7.00                  | 7.00                  | 30    | 101.00         | 3030.00          | 707.00             | 23.33        |
| 14 | Femmes enceintes VIH+ placées sous ARV                                        | 0.00                  | 0.00                  |       | 101.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 15 | Femmes enceintes VIH+ référées à un échelon supérieur pour la prise en charge | 0.00                  | 0.00                  | 1     | 101.00         | 101.00           | 0.00               | 0.00         |
| 16 | Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours                         | 0.00                  | 0.00                  | 8     | 68.00          | 1088.00          | 0.00               | 0.00         |
| 17 | Utilisation de méthodes modernes de PF                                        | 783.00                | 783.00                | 366   | 34.00          | 24888.00         | 24888.00           | 100.00       |
| 18 | Nombre de cas de TB+ traités                                                  | 0.00                  | 0.00                  |       | 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 | 0.00 | 0.00 |  | 101.00 | 0.00 | 0.00             | 0.00 |
|    | <b>Total subsides quantité</b>                                                              |      |      |  |        |      | <b>48039.20</b>  |      |
|    | <b>Score qualité</b>                                                                        |      |      |  |        |      | <b>%</b>         |      |
|    | <b>Bonus qualité</b>                                                                        |      |      |  |        |      | <b>0.00</b>      |      |
|    | <b>Bonus isolement (0%)</b>                                                                 |      |      |  |        |      | <b>0.00</b>      |      |
|    | <b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>                                                                |      |      |  |        |      | <b>48,039.20</b> |      |

Facture pour le **T II 2018** pour la formation sanitaire **Centre de Santé de Boc Banic** à un montant de **quarante-huit mille trente-neuf HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Nom : .....

Titre : .....

Signature : .....

Date : .....

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Titre : .....

Signature : .....

Date : .....