



# MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

**DEPARTEMENT:** Centre

**COMMUNE:** Thomassique

**INSTITUTION SANITAIRE:** Clinique St Joseph

**TYPE:** CAL

**PERIODE:** T I 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                           | 2841.00               | 2841.00               | 2500  | 17.00          | 42500.00         | 42500.00           | 100.00       |
| 2  | Nombre de cas de diarrhée aqueuse traités                                     | 106.00                | 112.00                | 150   | 34.00          | 5610.00          | 3236.80            | 57.70        |
| 3  | Références à l'échelon supérieur                                              | 37.00                 | 38.00                 | 75    | 169.00         | 16477.50         | 6422.00            | 38.97        |
| 4  | Dépistage institutionnel de la malnutrition aigüe : enfants de 6-59 mois      | 199.00                | 214.00                | 600   | 17.00          | 10200.00         | 3092.30            | 30.32        |
| 5  | Déparasitage des enfants de 12-59 mois                                        | 69.00                 | 54.00                 | 50    | 17.00          | 850.00           | 0.00               | 0.00         |
| 6  | Enfants de 6-59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A             | 181.00                | 167.00                | 450   | 17.00          | 7650.00          | 2413.15            | 31.54        |
| 7  | TB pulmonaire bactériologiquement confirmés                                   | 0.00                  | 0.00                  | 2     | 236.00         | 1416.00          | 0.00               | 0.00         |
| 8  | Enfants complètement vaccinés, <12 mois                                       | 79.00                 | 34.00                 | 100   | 270.00         | 32400.00         | 0.00               | 0.00         |
| 9  | Accouchements institutionnels                                                 | 123.00                | 123.00                | 125   | 405.00         | 151875.00        | 49815.00           | 32.80        |
| 10 | Premières consultations prénatales au premier trimestre                       | 73.00                 | 69.00                 | 100   | 101.00         | 11110.00         | 5923.65            | 53.32        |
| 11 | Deux dernières CPN au troisième trimestre                                     | 82.00                 | 84.00                 | N/A   | 203.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 12 | VAT2+                                                                         | 122.00                | 139.00                | 250   | 34.00          | 9350.00          | 4017.10            | 42.96        |
| 13 | Femmes enceintes conseillées et dépistées pour le VIH                         | 457.00                | 457.00                | 425   | 101.00         | 42925.00         | 42925.00           | 100.00       |
| 14 | Femmes enceintes VIH+ placées sous ARV                                        | 0.00                  | 0.00                  | N/A   | 101.00         | 0.00             | 0.00               | 0.00         |
| 15 | Femmes enceintes VIH+ référées à un échelon supérieur pour la prise en charge | 4.00                  | 4.00                  | 3     | 101.00         | 303.00           | 303.00             | 100.00       |
| 16 | Visites domiciliaires postnatales réalisées 0-3 jours                         | 67.00                 | 67.00                 | 88    | 68.00          | 11968.00         | 4556.00            | 38.07        |
| 17 | Utilisation de méthodes modernes de PF                                        | 0.00                  | 0.00                  | 1875  | 34.00          | 127500.00        | 0.00               | 0.00         |
| 18 | Nombre de cas de TB+ traités                                                  | 0.00                  | 0.00                  | 2     | 101.00         | 202.00           | 0.00               | 0.00         |

|    |                                                                                             |      |      |     |        |        |                   |      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|--------|--------|-------------------|------|
| 19 | Nombre de cas de TB+ perdus de vue retrouvés                                                | 0.00 | 0.00 | 2   | 101.00 | 404.00 | 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 | N/A | 101.00 | 0.00   | 0.00              | 0.00 |
|    | <b>Total subsides quantité</b>                                                              |      |      |     |        |        | <b>165204.00</b>  |      |
|    | <b>Score qualité</b>                                                                        |      |      |     |        |        | <b>85.56%</b>     |      |
|    | <b>Bonus qualité</b>                                                                        |      |      |     |        |        | <b>35,337.14</b>  |      |
|    | <b>Bonus isolement (0%)</b>                                                                 |      |      |     |        |        | <b>0.00</b>       |      |
|    | <b>MONTANT A PAYER (HTG)</b>                                                                |      |      |     |        |        | <b>200,541.14</b> |      |

Facture pour le **T I 2018** pour la formation sanitaire **Clinique St Joseph** à un montant de **deux cent mille cinq cent quarante et un HTG**

Soumission Facture: Institution Sanitaire

Soumission Facture: Agence Externe de Vérification

Nom : .....

Nom : .....

Titre : .....

Titre : .....

Signature : .....

Signature : .....

Date : .....

Date : .....