Rapport annuel de Vitamin Angels

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l'organisation: | Pays d'intervention: |

### **Mise à jour de l'inventaire**

1. Dans le tableau ci-dessous, indiquez le nombre de **doses** (c'est-à-dire le nombre de capsules ou de comprimés) de produits donnés par VA que vous avez reçus, distribués, perdus et qui restent en stock.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produit** | **Inventaire de départ**  (# doses restantes du dernier rapport annuel) | **Nombre total de doses reçues de VA** | **Nombre total de doses distribuées** | **Nombre total de doses perdues** | **Nombre total de doses restant en stock** |
| Vitamine A 100 000 UI  1> capsule bleue <1 |  |  |  |  |  |
| Vitamine A 200 000 UI  1> capsule rouge <1 |  |  |  |  |  |
| Albendazole 400 mg |  |  |  |  |  |
| Suppléments de Micronutriments Multiples (SMM) pour les femmes enceintes |  |  |  |  |  |

1. Dans le tableau ci-dessous, veuillez fournir une ventilation du nombre total de doses distribuées par lieu de distribution. Énumérez tous les endroits où les produits de Vitamin Angels ont été distribués et enregistrez le nombre total de doses distribuées aux bénéficiaires dans chaque lieu de distribution.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rapport de distribution par localisation** | | | | | | | |
| **Lieu de distribution** | | | | **Doses of**  **Vitamine A**  **100,000 UI** | **Doses of**  **Vitamine A**  **200,000 UI** | **Doses de Albendazole** | **Doses de**  **SMM pour les femmes enceintes** |
| Département: (Exemple:Ouest ) | | Arrondissements  (Exemple: Port-au-Prince) | Commune  (Exemple: Delmas) |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de doses distribuées:** | | | |  |  |  |  |
|  | *\*Si plus de lignes sont nécessaires, veuillez continuer dans le tableau à la fin du rapport.* | | | | | | |

1. (Le cas échéant) Indiquez les dates d'expiration pour chaque produit que vous avez en stock :

1. (Le cas échéant) Décrivez votre plan de distribution pour tout stock restant et indiquez quand vous prévoyez de l'utiliser.

1. (Le cas échéant) Expliquez la raison de toute perte de produits

### **Distribution aux bénéficiaires**

1. Dans quelle mesure avez-vous coordonné votre distribution avec le gouvernement ?

Nous sommes une entité gouvernementale / autorité sanitaire

OU

*Cochez tout ce qui s'applique*

Informer le gouvernement/l'autorité sanitaire des plans et activités de distribution

Partage des données de distribution avec les autorités gouvernementales et sanitaires compétentes

Le gouvernement/l'autorité sanitaire a été directement impliqué dans la distribution

N'a pas coordonné. Veuillez expliquer pourquoi :

1. Ces données seront-elles incluses dans les rapports sur la couverture et la distribution des services publics ?

Oui  Non  Incertain

Veuillez expliquer:

1. Décrivez votre méthode de distribution des produits donnés par Vitamin Angels. *Cochez toutes les cases qui s'appliquent.*

Distribution de vitamine A et/ou de déparasitage :

Campagne (c'est-à-dire événements désignés pour la santé des enfants 1 à 3 fois par an)

Routine (visites planifiées en cours)

Distributions opportunistes avec des programmes existants

Autre :

Distributions de SMM pour les femmes enceintes :

Campagne (c'est-à-dire événements sanitaires désignés 1 à 3 fois par an)

Soins prénatals ou visites en clinique

Autre :

1. La majorité des enfants ont-ils reçu deux doses de suppléments de vitamine A par an ?

Oui  Non, veuillez expliquer:

1. Si vous avez fourni des produits de Vitamin Angels à des bénéficiaires non ciblés, veuillez expliquer pourquoi :
2. Vitamine A  *(le groupe cible de Vitamin Angels est composé uniquement d'enfants de 6 à 59 mois):*
3. Albendazole *(le groupe cible de Vitamin Angels est composé d'enfants de 12 à 59 mois seulement):*
4. SMM (*le groupe cible de Vitamin Angels est composé des femmes enceintes uniquement*):
5. Combien de personnes (c'est-à-dire le personnel/les prestataires de services) ont distribué des produits aux bénéficiaires au cours de ce cycle de subvention :
6. Vitamine A et déparasitage :
7. SMM pour les femmes enceintes :
8. Y a-t-il des informations supplémentaires ou des commentaires que vous aimeriez partager avec Vitamin Angels ?

### **Certification du rapport**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l'organisation : | Nom du contact : |
| Date : | Titre : |

### **Annexe**

RAPPORT DE DISTRIBUTION SUITE: si vous avez besoin de plus de lignes, veuillez continuer ici:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rapport de distribution par localisation** | | | | | | |
| **Lieu de distribution** | | | **Doses of**  **Vitamine A**  **100,000 UI** | **Doses of**  **Vitamine A**  **200,000 UI** | **Doses de Albendazole** | **Doses de**  **SMM pour les femmes enceintes** |
| Département: (Exemple:Ouest ) | Arrondissements  (Exemple: Port-au-Prince) | Commune  (Exemple: Delmas) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de doses distribuées:** | | |  |  |  |  |