

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه 1

1- عنوان خدمت: بازبینی گسترش مستقیم آزمایشگاههای سل		2- شناسه خدمت: (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
3- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان / معاونت بهداشتی استان اصفهان		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی		
4- مشخصات خدمت	شرح خدمت		بازبینی گسترش مستقیم
	نوع خدمت		<input type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)
	ماهیت خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری
	سطح خدمت		<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی
	رویداد مرتبط با:		<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت
			<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> واج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> آرک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر
	نحوه آغاز خدمت		<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص
			<input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...
	مدارک لازم برای انجام خدمت		دریافت لامهای ارسالی و فرم مربوطه از مراکز بهداشتی شهرستانها
	قوانین و مقررات بالادستی		روش اجرایی آزمایش تایید شده
5- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان		خدمت گیرندگان در: ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال
	متوسط مدت زمان ارایه خدمت:		ماهانه
	تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه نا محدود بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال
	تعدادبار مراجعه حضوری		
	هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک
			به ازای هر آزمایش : آزاد : بیمه :
6- نحوه پیگیری	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		

نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		مراسله ارتباطی خدمت		نوع ارائه	مراحل خدمت
		رسانه ارتباطی خدمت		الکترونیکی	در مرحله اطلاع رسانی خدمت
		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		غیر الکترونیکی	■ ذکر ضرورت مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی				الکترونیکی	در مرحله درخواست خدمت
		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		غیر الکترونیکی	■ ذکر ضرورت مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی				الکترونیکی	مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)
		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		غیر الکترونیکی	■ ذکر ضرورت مراجعه حضوری جهت نمونه گیری
		<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		الکترونیکی	در مرحله ارائه خدمت
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی				غیر الکترونیکی	
		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:			
استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل		نام سامانه های دیگر	

استعلام غیر الکترونیکی	دستبای (Batch) online	استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر
		برخط online	دستبای (Batch)				
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:							
<input type="checkbox"/> دستگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> دستگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> دستگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>1. دریافت لامهای ارسالی از شبکه ها به همراه فرم آن</p> <p>2. بررسی 20 درصد لامهای منفی و تمام لامهای مثبت</p> <p>3. در صورت انطباق جواب با گزارش شبکه بایگانی لام</p> <p>4. در صورت عدم انطباق تماس با مسول سل شبکه جهت پیگیری و درمان بیمار</p>							
9- عناوین فرایندهای خدمت							
واحد مربوط: آزمایشگاه		پست الکترونیک: Mahshidshakiba16@yahoo.com		تلفن: 0314476060 داخلی 359		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مهشید شکیباپور	