

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه 1

1- عنوان خدمت: فرآیند تعیین سوش با تستهای افتراقی		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		تعیین سوش مایکوباکتریوم با تستهای افتراقی
	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 checked="" type="checkbox"/> منطقه ای <input 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"/> واج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> رک 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		نمونه کشت مثبت سل
	قوانین و مقررات بالادستی		روش اجرایی آزمایش تایید شده
5- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان		خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>
	متوسط مدت زمان ارایه خدمت:		دو روز
	تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه نامحدود بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال
	تعدادبار مراجعه حضوری		یک الی دو بار
	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	
اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" 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"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/>				غیر الکترونیکی		مراجعه به دستگاه:	
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) <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) <input type="checkbox"/>		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		مراجعه به دستگاه:	
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) <input type="checkbox"/>		جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		مراجعه به دستگاه:	
اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/>		اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/>		الکترونیکی		مراجعه به دستگاه:	
				غیر الکترونیکی		مراجعه به دستگاه:	
اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" 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) <input type="checkbox"/>		اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" 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) <input type="checkbox"/>		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		مراجعه به دستگاه:	
اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" 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) <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: <input type="checkbox"/>		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		مراجعه به دستگاه:	
فیلدهای مورد تبادل		استعلام الکترونیکی		نام سامانه های دیگر		7 1 2	

استعلام غیر الکترونیکی	دستبای (Batch) online	استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای موردتبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر
		دستبای (Batch) 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"/>				
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> دستگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<p>8- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر</p>							
<p>1. تعیین تست افتراقی آنتی بیوگرام در صورت مثبت بودن کشت نمونه بیمار مشکوک</p>							
<p>2. بررسی نتیجه بعد از 48 ساعت</p>							
<p>3. در صورت مثبت بودن جواب و درخواست پزشک انجام آنتی بیوگرام</p>							
<p>4. در صورت تشخیص دیگر گونه ها ارجاع جواب به پزشک درخواست کننده آزمایش سل به صورت کتبی و اینترنتی</p>							
<p>9- عناوین فرایندهای خدمت</p>							
<p>نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مهشید شکیبایور</p>							
<p>تلفن: 0314476060 داخلی 359</p>							
<p>پست الکترونیک: Mahshidshakiba16@yahoo.com</p>							
<p>واحد مربوط: آزمایشگاه</p>							