

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه 1

1- عنوان خدمت: جوابدهی آزمایشگاه رفرنس منطقه ای 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		جوابهای کشت سل، آنتی بیوگرام، میکروسکوپ بررسی و جواب نهایی ارسال می شود
	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"/> بیمه <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		جواب از بخشهای کشت، آنتی بیوگرام و میکروسکوپی
	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:		سه ماه یکبار
	تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه نا محدود بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال
	تعداد بار 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:		رسانه ارتباطی خدمت		نوع ارائه	مراحل 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"/> <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله اطلاع رسانی خدمت
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> جهت زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
		<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)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله درخواست خدمت
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
		<input 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)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)
		جهت نمونه گیری		<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	
		<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)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله ارائه خدمت
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
استعلام الکترونیکی		فیلدهای مورد تبادل		نام سامانه های دیگر	

استعلام غیر الکترونیکی	دستبای (Batch) online	برخط	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 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"/>							
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. ثبت جوابها در کامپیوتر پس از دریافت جواب از بخشهای کشت، میکروسکوپی و آنتی بیوگرام</p> <p>2. ارائه جواب به صورت کتبی به بیمار یا به صورت شفاهی به پزشک معالج و یا جوابدهی به آزمایشگاه مراکز شهرستان ها از طریق سامانه به مسئول مرکز یا پزشک معالج</p> <p>3. جوابدهی آنتی بیوگرام با ذکر حساسیت تست و نوع گونه مایکوباکتریوم جهت پیگیری پزشک برای درمان</p> <p>4. جوابدهی به مسول آزمایشگاه یا پزشک معالج</p>									
9- عنوان فرایندهای خدمت									
واحد مربوط: آزمایشگاه			پست الکترونیک: Mahshidshakiba16@yahoo.com			تلفن: 0314476060 داخلی 359		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مهشید شکیباپور	