

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه 1

1- عنوان خدمت: تشخیص مولکولی کرونا ویروس (Covid-19)		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 تشخیص مولکولی کرونا ویروس (Covid-19) بر اساس نمونه ی نازوفارنکس و اوروفارنکس			
	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"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالی <input type="checkbox"/> ازدواج	<input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت	<input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> وفات
	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	برگه درخواست و نمونه از مرکز ارجاع دهنده		
	قوانین و مقررات بالادستی	روش اجرایی آزمایش تایید شده		
	آمار تعداد خدمت گیرندگان	52 مرکز بهداشتی 16 ساعته و 24 ساعته سرپایی و 31 بیمارستان استان اصفهان خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>		
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	24 ساعت		
تواتر	<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه نا محدود بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال			
تعدادبار مراجعه حضوری	یک الی دو بار			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک	
	به ازای هر آزمایش : آزاد : بیمه :		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
5- جزئیات خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن			

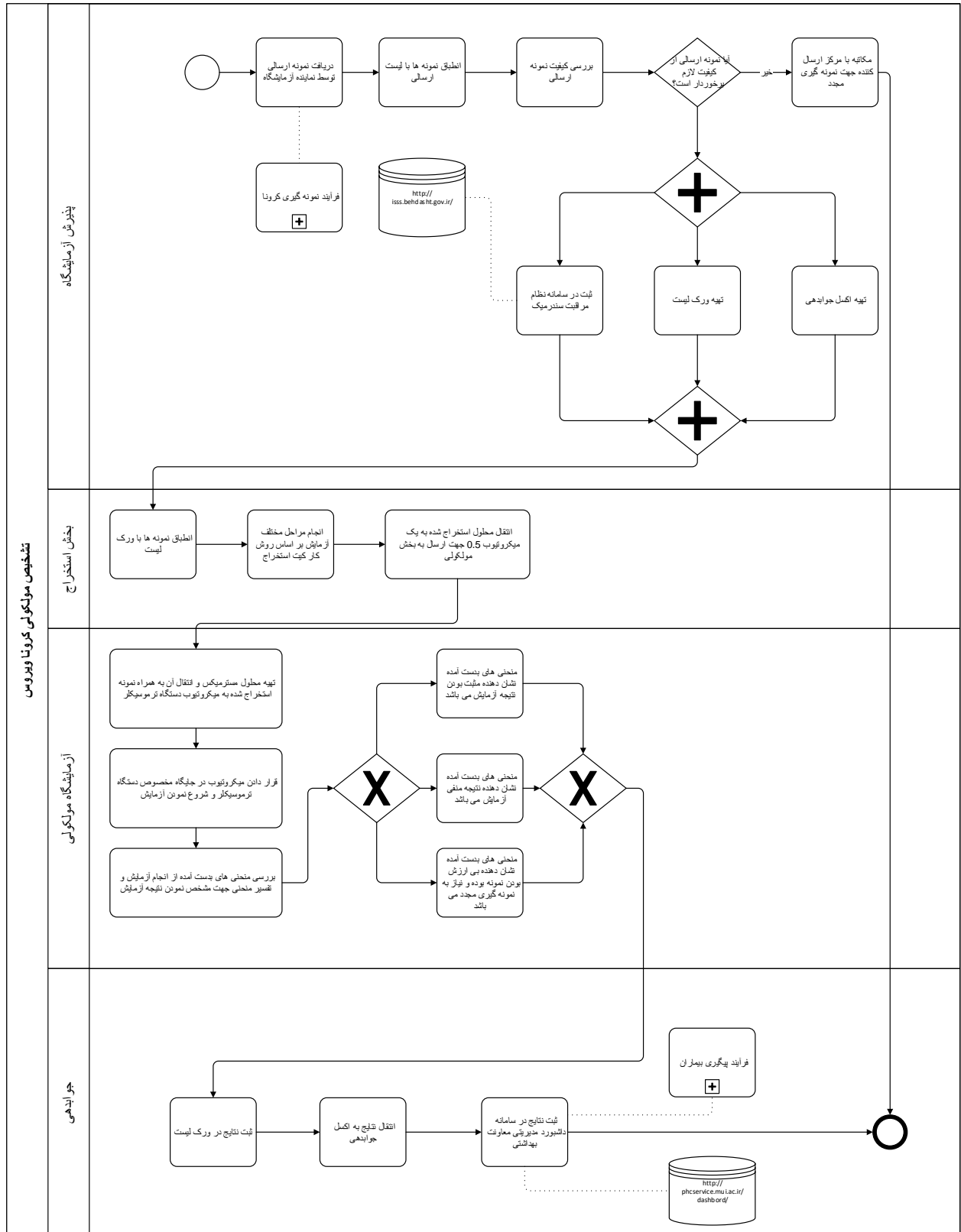
مرحل خدمات		نوع ارائه		رسانه ارتباطی خدمات	
<p>نام سامانه مربوط به خدمات در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:</p> <p>سامانه الکترونیکی نظام مراقبت سندرمیک مرکز مدیریت بیماری های واگیر</p> <p><a href="http://iss.behdasht.gov.ir/">http://iss.behdasht.gov.ir/</a></p>					
در مرحله اطلاع رسانی خدمات	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> <input type="checkbox"/> سایر (باذکر نحوه دسترسی)			
	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> ضرورت دیگر مراجعه حضوری	جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
در مرحله درخواست خدمات	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (باذکر نحوه دسترسی)			
	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> ضرورت دیگر مراجعه حضوری	جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
مرحله تولید خدمات (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر ( باذکر نحوه دسترسی)			
	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> ضرورت دیگر مراجعه حضوری			
در مرحله ارائه خدمات	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (باذکر نحوه دسترسی)			
	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> ضرورت دیگر مراجعه حضوری	جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	

استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی		فیلدهای موردتبادل	نام سامانه های دیگر		
	برخط online	دستای (Batch)		نام سامانه های دیگر	نام دستگاه دیگر	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<a href="http://iss.behdasht.gov.ir/">http://iss.behdasht.gov.ir/</a>	سامانه الکترونیکی نظام مراقبت سندرمیک مرکز مدیریت بیماری های واگیر		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<a href="http://sib.sbm.ac.ir/">http://sib.sbm.ac.ir/</a>	سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<a href="http://phcservice.mui.ac.ir/dashbord/">http://phcservice.mui.ac.ir/dashbord/</a>	داشبورد مدیریتی معاونت بهداشتی		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:			استعلام الکترونیکی	نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	فیلدهای موردتبادل
			برخط online			مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)
			دستای (Batch)			
<input type="checkbox"/> دستگاه			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> دستگاه			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> دستگاه			<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> مراجعه کننده			<input type="checkbox"/>			
1. دریافت فرم درخواست آزمایش از مرکز ارجاع دهنده نمونه						
2. پذیرش نمونه در سامانه مراقبت سندرمیک بیماری های واگیر						
3. فرایند استخراج RNA ویروس از نمونه های اوروفارنکس و نازوفارنکس						
4. فرایند Quantative PCR جهت بررسی کرونا ویروس در RNA استخراج شده						
5. فرایند جوابدهی نتایج بیماران						
6. بارگزاری نتایج بیماران در داشبورد مدیریتی معاونت بهداشتی						

7- ارتباط بین سامانه های اطلاعاتی دستگاه

8- ارتباط خدمات با سایر دستگاه های دیگر

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
--------------------------	--	----------------------------------	--