

بسمه تعالی

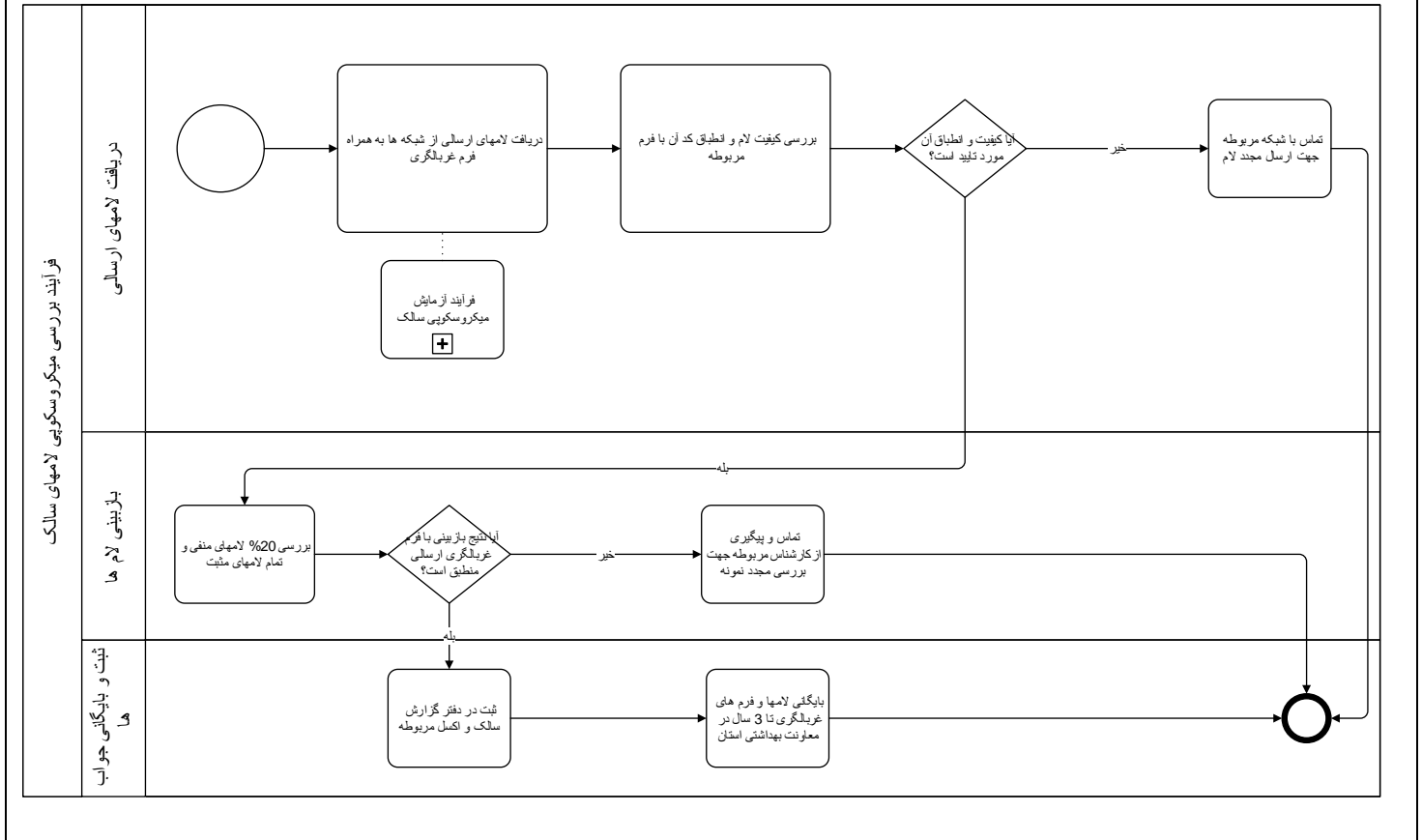
فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه 1

1- عنوان خدمت: فرآیند بررسی میکروسکوپی لامهای مالاریا		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 لامهای ارسالی مالاریا
	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		فرم غربالگری به همراه لام ارسالی
	قوانین و مقررات بالادستی		روش اجرایی آزمایش تایید شده
	5- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	
متوسط مدت زمان ارایه 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 ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک	
		به ازای هرآزمایش : 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
		<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)		<input 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 checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	<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"/> 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		مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)
	<input 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 (با ذکر نحوه دسترسی)	<input checked="" type="checkbox"/> جهت نمونه گیری مالاریا و تهیه اسمیر روی لام	<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله ارائه 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)	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	<input type="checkbox"/> الکترونیکی		
استعلام الکترونیکی	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دیگر		۷	۱

استعلام غیر الکترونیکی	دستبای (Batch) online	استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای موردتبادل	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"/>				
<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. دریافت فرم غربالگری به همراه لام های مالاریا</p>							
<p>2. بررسی کیفیت لام و انطباق آن با فرم غربالگری ارسالی</p>							
<p>3. بازبینی 10% لامهای منفی و تمام لام های مثبت</p>							
<p>4. ثبت نتایج در دفتر گزارش سالک و اکسل مربوطه</p>							
<p>5. مکاتبه با مراکز ارسال کننده در خصوص تایید و یا عدم تایید لام های ارسالی</p>							
<p>6. بایگانی فرم غربالگری و لام ها به مدت 3 سال در معاونت بهداشتی استان</p>							
<p>9- عنوان فرایندهای خدمت</p>							

10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت



واحد مربوطه: آزمایشگاه	پست الکترونیک: Mahshidshakiba16@yahoo.com	تلفن: 0314476060 داخلی 359	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مهشید شکیباپور
---------------------------	--	----------------------------------	--