

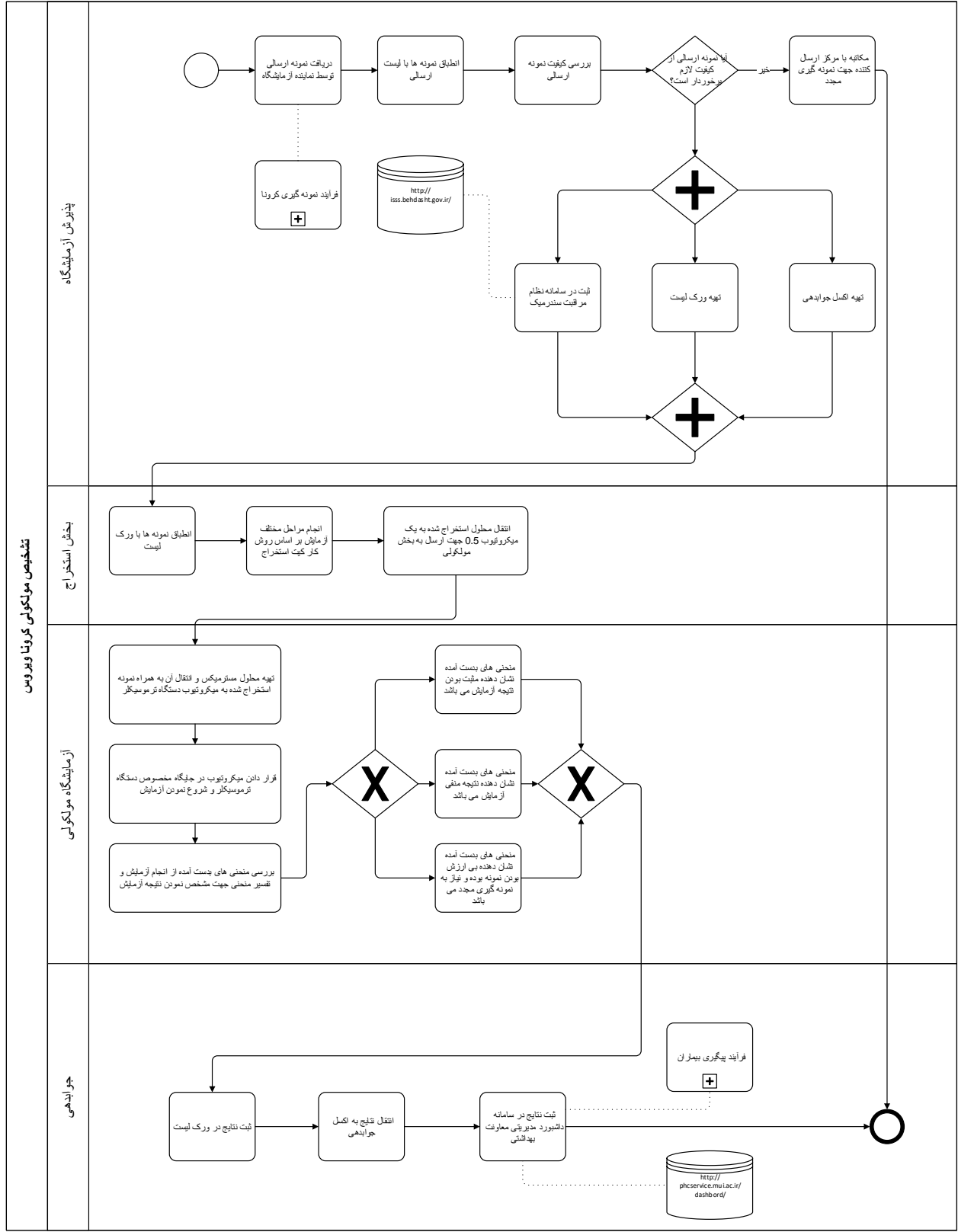
بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: تشخیص مولکولی آنفلوانزا		۲- شناسه خدمت: (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)		
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان / معاونت بهداشتی استان اصفهان			
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی			
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت تشخیص مولکولی ویروس آنفلوانزا 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:	تولد <input type="checkbox"/>	آموزش <input type="checkbox"/>	سلامت <input checked="" type="checkbox"/>
		تاسیسات شهری <input type="checkbox"/>	بیمه <input type="checkbox"/>	مالیات <input type="checkbox"/>
		ازدواج <input type="checkbox"/>	بازنشستگی <input type="checkbox"/>	کار و گواهینامه ها <input type="checkbox"/>
		وفات <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>	ثابت مالکیت <input type="checkbox"/>
	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 از مرکز ارجاع دهنده		
قوانین و مقررات بالادستی	روش اجرایی آزمایش تایید شده			
۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	۲۴ منطقه خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>		
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	۲۴ ساعت		
	تواتر	<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه نام محدود بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>		
	تعدادبار مراجعه حضوری	یک الی دو بار		
	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	
	به ازای هر آزمایش:	پرداخت بصورت الکترونیک		
	آزاد:			
	بیمه:			
آدرس دقیقی 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:		سامانه الکترونیکی نظام مراقبت سندرمیک مرکز مدیریت بیماری های واگیر	
http://iss.behdasht.gov.ir/			
مرحله خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	<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 (با ذکر نحوه دسترسی)	
	<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<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"/> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
در مرحله درخواست خدمت	<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"/> دفتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عنوان مشابه دفتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
	<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<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"/> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
مرحله تولید خدمت (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 (با ذکر نحوه دسترسی)	
	<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<input type="checkbox"/> نمونه مجدد	<input type="checkbox"/> ضرورت <input type="checkbox"/> مراجعه حضوری <input type="checkbox"/> دیگر
در مرحله ارائه خدمت	<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"/> دفتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عنوان مشابه دفتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
	<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<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"/> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی





واحد مربوط: آزمایشگاه	پست الکترونیک : Mahshidshakiba16@ysahoo.c om	تلفن: ۰۳۱۴۴۷۶۰۶۰ داخلی ۳۶۹	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مهشید شکیباپور
--------------------------	--	-------------------------------	--