بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱.عنوان خدمت: انجام خدمات درمانی پزشک خانواده								**۲. شناسه خدمت** ۱۶۰۲۲۵۷۳۱۰۳	
۳. ارائه دهنده خدمت	**نام دستگاه اجرایی: معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**								
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی								
۴. مشخصات خدمت	**شرح خدمت:**	**با توجه به ابلاغ برنامه پزشک خانواده و انعقاد تفاهم نامه فی مابین سازمان بیمه سالمت و معاونت بهداشتی وزارت بهداشت برنامه استقرار پزشک خانواده به دانشگاهها ابلاغ و بر اساس دستورالعمل اجرایی نسخه ۲۱ استقرار حداقل ۳۲۰ پزشک و ۲۴۰ماما ،دندانپزشک ،خدمات پاراکلینیک و... در دستور کار دانشگاه قرار گرفته و انجام شد .فعالیت های اصلی : ۱ - توزیع اعتبارات - 2عقد قرارداد با تیم سلامت ۳-آموزش تیم سالمت ۴-بهبود استاندارد فضاهای فیزیکی ۵ -استقرار داروخانه در مراکز ۶ تعریف خدمات پاراکلینیک -7 ارائه خدمات خودرویی جهت برنامه دهگردشی و سیاری ۸-توزیع تجهیزات مورد نیاز ۹-توزیع مکمل های دارویی**							
	نوع خدمت:	**■خدمت به شهروندان(G2C)** **□ خدمت به کسب و کار(G2B)** **□ خدمت به دیگر دستگاه های دولتی(G2G)**				**نوع مخاطبین**	**دستگاههای اجرایی**		
	ماهیت خدمت	**☑حاکمیتی**				**□تصدی گری**			
	سطح خدمت	**■ملی**		**■منطقه ای**		**■استانی**	**■شهری**	**■روستایی**	
	رویداد مرتبط با	**□تولد**	**□آموزش**	**■سلامت**	**□کسب و کار**		**□تامین اجتماعی**	**□ثبت مالکیت**	
		□ تاسیسات شهری	**□بیمه**	**□ازدواج**	**□بازنشستگی**	**□مدرک و گواهینامه ها**	**□وفات**	**□سایر**	
	نحوه آغاز خدمت	**■تقاضای گیرنده خدمت**			**□فرارسیدن زمانی مشخص**		**□رخداد رویدادی مشخص**		
		□تشخیص دستگاه			**□سایر: .....**				
	مدارک لازم برای انجام خدمت	**کارت شناسایی**							
	قوانین و مقررات بالادستی	**نسخه ۲۲ پزشک خانواده روستایی**							
۵. جزئیات خدمت	**آمار تعداد خدمت گیرندگان**	**۱۰۰ درصد خدمت گیرندگان در □ ماه □ فصل ■سال**							
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت:	**۲۰ دقیقه برای هر فرد**							
	تواتر	**□یکبار برای همیشه** **یکبار در : ماه□ فصل□ سال■**							
	تعداد بار مراجعه حضوری	**با توجه به گروه سنی متفاوت است.**							
		مبلغ (مبالغ)			**شماره حساب (های) بانکی**			**پرداخت به صورت الکترونیک**	

هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	۰	۰	۰	
	۰	۰	۰	
	۰	۰	۰	

۶. نحوه دسترسی به خدمت

آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن

https://sib.mui.ac.ir/

نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:	**سامانه یکپارچه بهداشت (سیب)**

مراحل خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت		
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	■ الکترونیکی	■ اینترنتی(مانند وبگاه دستگاه) □ پست الکترونیک ■ تلفن گویا یا مرکز تماس □ سایر(با ذکر نحوه دسترسی)	□ تلفن همراه(برنامه کاربردی) □ ارسال پستی □ پیام کوتاه	
	□ غیرالکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	□ جهت احراز اصالت فرد □ جهت احراز اصالت مدرک □ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب □ سایر:	مراجعه به دستگاه: □ ملی □ استانی ■ شهرستانی
در مرحله درخواست خدمت	□ الکترونیکی	■ اینترنتی(مانند وبگاه دستگاه) □ پست الکترونیک □ تلفن گویا یا مرکز تماس □ دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: □ عناوین مشابه دفاتر پیشخوان □ سایر(با ذکر نحوه دسترسی)	□ تلفن همراه(برنامه کاربردی) □ ارسال پستی □ پیام کوتاه	
	□ غیرالکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه	□ جهت احراز اصالت فرد □ جهت احراز اصالت مدرک ■ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب □ سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه	مراجعه به دستگاه: □ ملی □ استانی ■ شهرستانی
مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	□ الکترونیکی	■ اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) □ اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) □ پست الکترونیک □ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		
	□ غیرالکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	جهت استعلام از سوابق بانک های اطلاعاتی	
در مرحله ارائه خدمت	□ الکترونیکی	■ اینترنتی(مانند وبگاه دستگاه) □ پست الکترونیک □ تلفن گویا یا مرکز تماس □ دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: □ عناوین مشابه دفاتر پیشخوان □ سایر(با ذکر نحوه دسترسی)	□ تلفن همراه(برنامه کاربردی) □ ارسال پستی □ پیام کوتاه	

		□ غیرالکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	□جهت احراز اصالت فرد □جهت احراز اصالت مدرک نبود زیرساخت ارتباطی مناسب □سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه

مراجعه به دستگاه:
□ ملی
□ استانی
□ شهرستانی

۷. ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی) در دستگاه

نام سامانه های دیگر	فیلدهای مورد تبادل	استعلام الکترونیکی		استعلام غیرالکترونیکی
		برخط online	دسته ای (Batch)	
–	–	–	–	–
–	–	–	–	–
–	–	–	–	–

۸. ارتباط خدمت با سایر دستگاه های دیگر

نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	فیلدهای مورد تبادل	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	استعلام الکترونیکی		اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:
				برخط online	دسته ای (Batch)	
–	–	–	–	–	–	□دستگاه □مراجعه کننده
–	–	–	–	–	–	□دستگاه □ مراجعه کننده
–	–	–	–	–	–	□دستگاه □ مراجعه کننده

۹. عناوین فرآیندهای

- فراخوان جمعیت تحت پوشش جهت دریافت مراقبت های بهداشتی
- انجام مراقبت ها توسط بهورز/ مراقب سلامت و ارجاع به پزشک در صورت نیاز
- دریافت خدمات و ارائه نسخه الکترونیک در صورت نیاز
- دریافت دارو
- تعیین زمان مراجعه بعدی

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مهدی خسروی	تلفن: ۴۴۸۵۶۱۸-۰۳۱	پست الکترونیک: gostareshostan@yahoo.com	واحد مربوط: گروه توسعه شبکه