

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱. عنوان خدمت: انجام خدمات مشاوره ای پزشک خانواده		۲. شناسه خدمت ۱۶۰۴۲۵۷۳۱۰۴		
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 سلامت و معاونت بهداشتی وزارت بهداشت برنامه استقرار پزشک خانواده به دانشگاهها ابلاغ و بر اساس دستورالعمل اجرایی نسخه ۲۱ استقرار حداقل ۳۲۰ پزشک و ۲۴۰ ماما، دندانپزشک، خدمات پاراکلینیک و... در دستور کار دانشگاه قرار گرفته و انجام شد. فعالیت های اصلی: ۱- توزیع اعتبارات - 2 عقد قرارداد با تیم سلامت ۳- آموزش تیم سلامت ۴- بهبود استانداردهای فضاها و 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:	<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)		
	ماهیت خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری		
	سطح خدمت	ملی	منطقه ای	استانی
	رویداد مرتبط با	تولد	آموزش	سلامت
		تاسیسات شهری	بیمه	ازدواج
		بازنشستگی	مدرک و گواهینامه ها	وفات
		سایر	تامین اجتماعی	ثابت مالکیت
	نحوه آغاز خدمت	<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> سایر:		
	مدارک لازم برای انجام خدمت	کارت شناسایی		
قوانین و مقررات بالادستی	نسخه ۲۲ پزشک خانواده روستایی			
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	

۴. مشخصات خدمت

۵. جزئیات خدمت

		هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان	
		.	
		.	
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	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		الکترونیکی	
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه	
در مرحله درخواست خدمت		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:		مراجعه حضوری مراجعه در صورت: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	
در مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)		الکترونیکی	
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه	
در مرحله ارائه خدمت		غیرالکترونیکی	
<input type="checkbox"/> جهت اطلاع رسانی خدمات به دستگاه:		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه	
<input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی		مراجعه حضوری مراجعه در صورت: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	
<input type="checkbox"/> جهت استعلام از سوابق بانک های اطلاعاتی		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه	
<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه		مراجعه حضوری مراجعه در صورت: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	
<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه		مراجعه حضوری مراجعه در صورت: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	

مرجع 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 checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input type="checkbox"/> غیرالکترونیکی				
استعلام غیرالکترونیکی		استعلام الکترونیکی		فیلهای مورد تبادل		نام سامانه های دیگر		۷. ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی)، در دستگاه		
		دسته ای (Batch)	پرخط online							
-		-	-	-		-				
-		-	-	-		-				
اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:		استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)		فیلهای مورد تبادل		نام سامانه های دستگاه دیگر		۸. ارتباط خدمت با سایر دستگاه های دیگر
		دسته ای (Batch)	پرخط online							
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		-	-	-		-		-		
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		-	-	-		-		-		
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		-	-	-		-		-		
۹. عنوان									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 ارجاع به کارشناس سلامت روان یا تغذیه در صورت نیاز										
واحد مربوط: گروه توسعه شبکه		پست الکترونیک: gostareshostan@yahoo.com		تلفن: ۴۴۸۵۶۱۸- ۰۳۱		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مهدی خسروی				