

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: خدمت: غربالگری بیماری های متابولیک ارثی نوزادان		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 بهداشت		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت کلیه نوزادان در هفته اول تولد (۳-۵ روزگی) هنگام مراجعه به مراکز بهداشتی منتخب نمونه گیری، غربالگری از طریق نمونه گیری از پاشنه پا نوزاد انجام می گیرد		
	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 <input checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی		
	رویداد مرتبط با: <input checked="" type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> لیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت		
	نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت		
	قوانین و مقررات بالادستی		
	۵- جزئیات خدمت		
	۵۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال متوسط مدت زمان ارائه خدمت: ۸ ساعت و نیم با توجه به زمان های بازدید و کنترل و مراجعات تواتر <input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... <input type="checkbox"/> بار در <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال تعدادبار مراجعه حضوری هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک		
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: - مراحل خدمت نوع ارائه رسانه ارتباطی خدمت در مرحله اطلاع رسانی خدمت <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کو <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی			
۶- نحوه دسترسی به خدمت			

		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی <input type="checkbox"/> الکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> وود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
	در مرحله درخواست خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عنوان مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)...	<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: نیاز به وجود سامانه مربوطه	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 type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) (اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک (اداری)	<input type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون سایر (با ذکر نحوه دسترسی)..... اتوماسیون	
	در مرحله ارائه خدمت	<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عنوان مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<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: نیاز به وجود سامانه مربوطه	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
نام سامانه های دیگر	فیلدهای مورد تبادل	استفاده الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	<input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> دستی (Batch)	<input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> دستی (Batch)	<input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> دستی (Batch)
نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	استفاده الکترونیکی <input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> دستی (Batch)	اگر استفاده الکترونیکی نیست، استفاده توسط:
۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه	۸- ارتباط خدمت با سایر				

<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
در							۹- عناوین فرایندهای
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
واحد مربوط: غیر واگیر		پست الکترونیک:		تلفن: ۰۳۱- ۳۴۴۶۶۸۹۶		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: کارشناس بهداشت لیلا راستی	