

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: مراقبت تالسمی		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 زوجین تالسمی شناسایی شده پس از معرفی به مراکز بهداشتی تحت مراقبت قرار می گیرند. مراقبتها شامل مراقبت تنظیم خانواده، پیگیری انجام آزمایش ژنتیک تشخیص پیش از تولد برای زوجینی که تمایل به بارداری دارند یا باردار هستند و در نهایت پیگیری جهت انجام سقط قانونی جنین مبتال به تالسمی ماژور		
	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 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 type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> لیات <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 checked="" type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> رک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر		
نحوه آغاز خدمت			
<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تقاضای مشخص			
<input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...			
مدارک لازم برای انجام خدمت			
کارت شناسایی			
قوانین و مقررات بالادستی			
دستورالعمل ابلاغ شده از وزارت			
۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان		
	۵۰ خدمت گیرندگان در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
	متوسط مدت زمان ارایه 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 checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
	تعدادبار مراجعه حضوری		
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان			
مبلغ (مبالغ)			
شماره حساب (های) بانکی			
پرداخت بصورت الکترونیک			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
۶- نحوه دسترسی به خدمت	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			
<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> ایترنتی (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 کو <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)			
در مرحله اطلاع رسانی خدمت			

<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: ۰۳۱۳۴۴۶۶۶۹۶		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: کارشناس بهداشت لیلا راستی	