

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان فرآیند گزارش میکروسکوپی نمونه های بیمار مشکوک (به سل) از نظر باسیل اسید فست مایکوباکتریوم)		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		گزارش میکروسکوپی
	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:		<input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> ایلات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت
	نحوه آغاز خدمت		<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص
			<input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...
	مدارک لازم برای انجام خدمت		نمونه ریوی و غیر ریوی از بیماران
	قوانین و مقررات بالادستی		روش اجرایی آزمایش تایید شده
	۵- جزئیات خدمت		۵۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/> روز متوسط مدت زمان ارائه خدمت: سه ماه تواتر: <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input checked="" type="checkbox"/> روز ... بار در: ماه فصل سال تعداد بار مراجعه حضوری هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن http://phcservice.mui.ac.ir/dashboard/		
	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 checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> ایترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کو <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	<input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی	

<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"/>					
۱. دریافت نمونه ریوی و غیرریوی از بیماران مشکوک به سل							۹- عناوین فرایندهای
۲. تهیه گسترش و رنگ آمیزی طبق دستورالعمل							
۳. بررسی میکروسکوپی							
۴. ثبت نتایج							
۵. گزارش به مسول بخش سل							
۶. گزارش به بیمار حداکثر تا ۴۸ ساعت							
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
واحد مربوط: آزمایشگاه	پست الکترونیک Mahshidshaki ba16@yahoo. :com	تلفن: ۰۳۱۴۴۷۶۰۶۰ داخلی ۳۵۹	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر مهشید شکیباپور				