

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: ارزیابی، تشخیص و درمان اختلالات روانپزشکی		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان/معاونت بهداشت		نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	
شرح خدمت		ابتدا غربالگری اولیه سلامت روان برای کلیه افراد گروه هدف (۵-۵۹ سال) انجام می شود کلیه افراد غربال منفی جهت دریافت آموزش های مهارت های زندگی، فرزند پروری و خودمراقبتی به کارشونا روان ارجواد داده می شوند و افراد غربال مثبت جهت بررسی و انجام ویزیت اولیه (شرح حال روانپزشکی) بوه پزشوا ارجواد و در صورت تشخیص بیماری ثبت بیماری در سامانه سبب انجام و برای آنها دارو تجویز موی شود و جهوت انجوام خدمات روانشناختی به کارشنا سلامت روان ارجواد داده می شوند.	
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 type="checkbox"/> حاکمیتی <input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> رک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر	
مدارک لازم برای انجام خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...	
قوانین و مقررات بالادستی		راهنمای غربالگری سلامت روان ویژه مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و پزشک	
آمار تعداد خدمت گیرندگان		۶۹۳۲۰۹۵۰ خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>	
متوسط مدت زمان ارایه خدمت:		۲۵ دقیقه	
تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال	
تعداد بار مراجعه حضوری			
هزینه ارایه 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	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (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)	
تلفن همراه (برنامه کاربردی)		<input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی)	

۳- ارائه خدمت

۴- مشخصات خدمت

۵- جزئیات خدمت

۶- نحوه دسترسی به 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"/>					
							۱- عناوین فرایندهای خدمت
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت							
واحد مربوطه: سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد		پست الکترونیا: afsane.sartipz ade@yahoo.c om		۰۹۱۳۹۱۶۲۷۳۷ تلفن		نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:  دکتر افسانه سرتیپ زاده	