

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: تامین و توزیع خون کنترل جهت اجرای کنترل کیفی خارجی آزمایشگاههای تالسمی		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان/معاونت بهداشت		۳- ارائه دهنده خدمت	
نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی		۴- مشخصات خدمت	
شرح خدمت تامین و توزیع خون کنترل جهت اجرای کنترل کیفی خارجی آزمایشگاههای تالسمی		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		نوع مخاطبین	
سطح خدمت <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی		ماهیت خدمت	
رویداد مرتبط با: <input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> ایات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت		ماهیت خدمت	
نحوه آغاز خدمت <input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص		ماهیت خدمت	
مدارک لازم برای انجام خدمت نمونه خون		ماهیت خدمت	
قوانین و مقررات بالادستی آزمایش و کنترل کیفی خارجی بر طبق مقررات مشخص شده		ماهیت خدمت	
آمار تعداد خدمت گیرندگان ۵۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		ماهیت خدمت	
متوسط مدت زمان ارایه خدمت: ۸ ساعت و نیم با توجه به زمان های بازدید و کنترل و مراجعات		ماهیت خدمت	
تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		ماهیت خدمت	
تعدادبار مراجعه حضوری هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		ماهیت خدمت	
پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/>		ماهیت خدمت	
شماره حساب (های) بانکی <input type="checkbox"/>		ماهیت خدمت	
مبلغ (مبالغ) <input type="checkbox"/>		ماهیت خدمت	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن <a href="http://phcservice.mui.ac.ir/dashbord">http://phcservice.mui.ac.ir/dashbord</a>			
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: -			
مراحل خدمت در مرحله اطلاع رسانی خدمت		نوع ارائه <input checked="" 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)	
رسانه ارتباطی خدمت تلفن همراه (برنامه کاربردی) ارسال پستی		رسانه ارتباطی خدمت تلفن همراه (برنامه کاربردی) ارسال پستی	

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"/>					
<p>1. اجرای کنترل کیفی خارجی در آزمایشگاههای تالسمی شبکه های تحت پوشش</p> <p>2. خرید و توزیع خون کنترل با نظر کارشناس</p> <p>3. درخواست خرید به کارشناس تجهیزات پزشکی</p> <p>4. نگهداری خون کنترل های خریداری شده در انبار معاونت بهداشت تا زمان توزیع</p> <p>5. تحویل خون کنترل با هماهنگی کارشناس تالسمی و مسولین انبار با رعایت زنجیره سرد به فرد معرفی شده از هر شهرستان</p>							<p>۲- عناوین فرایندهای</p>
<p>۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت</p>							
<p>واحد مربوط: آزمایشگاه</p>	<p>پست الکتر Mahshidshaki ba16@yahoo. COM و نیک:</p>	<p>تلفن: ۰۳۱۴۴۷۶۰۶۰ داخلی ۳۵۹</p>	<p>نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: کارشناس بهداشت دکتر مهشید شکیباپور</p>				