بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱ -عنوان خدمت: غربالگری کم کاری مادرزادی تیروئید	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	غربالگری نوزادان از نظر بیماری کم کاری تیروئید							
نوع خدمت	■ خدمت به شهروندان (G2C) □ خدمت به کسب و کار(G2B) ■ خدمت به دیگردستگاه های دولتی(G2G)	نوع مخاطبین						
ماهیت خدمت	□ حاکمیتی	■ تصدی گری						
سطح خدمت	□ ملی	□ منطقه ای	■ استانی	■ شهری	■ روستایی			
رویداد مرتبط با:	■ تولد	آموزش	■ سلامت	□ لیات	□ کسب و کار	□ تامین اجتماعی	□ ثبت مالکیت	
	□ تاسیسات شهری	□ بیمه	□ ازدواج	□ بازنشستگی	□ رک و گواهینامه‌ها	□ وفات	□ سایر	
نحوه آغاز خدمت	□ تقاضای گیرنده خدمت	□ فرارسیدن زمانی مشخص	□ داد رویدادی مشخص					
	■ تشخیص دستگاه	□ سایر: ...						
مدارک لازم برای انجام خدمت	یک ساعت							
قوانین و مقررات بالادستی								

۵- جزییات خدمت

آمار تعداد خدمت گیرندگان	خدمت گیرندگان در: ■ ماه □ فصل سال		
متوسط مدت زمان ارایه خدمت:	یک ساعت		
تواتر	■ یکبار برای همیشه ... بار در □ ماه فصل سال		
تعدادبار مراجعه حضوری	۱تا۴ بار در هفته های اول تولد)اگر نیازمند نمونه گیری مجدد یا نارس باشد خدمت تکرار می شود(		
هزینه ارایه خدمت(ریال) به خدمت گیرندگان	مبلغ(مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک
	۱۸۵۰۰۰		□
			□
			□

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	رسانه ارتباطی خدمت		
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	□ الکترونیکی	□ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) □ تلفن همراه (برنامه کاربردی) □ پست الکترونیک □ ارسال پستی □ تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه □ سایر(باذکرنحوه دسترسی)		
	■ غیرالکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	□ جهت احراز اصالت فرد □ جهت احراز اصالت مدرک □ وجود زیرساخت ارتباطی مناسب □ سایر:	مراجعه به دستگاه: □ ملی □ استانی □ شهرستانی

در مرحله درخواست خدمت	■	☐ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) ☐ تلفن همراه (برنامه کاربردی) ☐ پست الکترونیک ☐ ارسال پستی ☐ تلفن گویا یا مرکز تماس ☐ پیام کوتاه ☐ دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: ☐ عناوین مشابه دفاتر پیشخوان ☐ سایر(باذکرنحوه دسترسی).).....	
	■ غیرالکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری: ☐ جهت احراز اصالت فرد ☐ جهت احراز اصالت مدرک ☐ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب ☐ سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه	مراجعه به دستگاه: ☐ ملی ☐ استانی ☐ شهرستانی
مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	☐ الکترونیکی	☐ اینترنتی (مانند درگاه دستگاه اداری) ☐ اینترانتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) ☐ پست الکترونیک ☐ سایر(باذکرنحوه دسترسی).....اتوماسیون اداری	
	غیرالکترونیکی ■	ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
درمرحله ارائه خدمت	☐ الکترونیکی	☐ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) ☐ تلفن همراه (برنامه کاربردی) ☐ پست الکترونیک ☐ ارسال پستی ☐ تلفن گویا یا مرکز تماس ☐ پیام کوتاه ☐ دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: ☐ عناوین مشابه دفاتر پیشخوان ☐ سایر(باذکرنحوه دسترسی)	
	■ غیرالکترونیکی	ذکر ضرورت مراجعه حضوری: ☐ جهت احراز اصالت فرد ☐ جهت احراز اصالت مدرک ☐ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب ☐ سایر: نیاز به وجود سامانه مربوطه	مراجعه به دستگاه: ☐ ملی ☐ استانی ☐ شهرستانی

۷- ارتباط خدمت باسایرسامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) دردستگاه

نام سامانه های دیگر	فیلدهای موردتبادل	استعلام الکترونیکی: برخط online	استعلام الکترونیکی: دسته‌ای (Batch)	استعلام غیر الکترونیکی
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐
		☐	☐	☐

۸-ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر

نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	فیلدهای موردتبادل	مبلغ (درصورت پرداخت هزینه)	استعلام الکترونیکی: برخط online	استعلام الکترونیکی: دسته‌ای (Batch)	اگراستعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:
انجمن های علمی زنان و مامایی/ جمعیت مامایی				☐	☐	☐دستگاه ☐مراجعه کننده
سازمان نظام پزشکی				☐	☐	☐دستگاه ☐مراجعه کننده

	بیمه سالمت					☐	☐دستگاه ☐مراجعه کننده

۹- عناوین فرایندهای	- 1دریافت گزارشات از شهرستانها
	عناوین فرایندهای خدمت
	- 2بررسی گزارشات نرم افزار
	- 3بررسی فرم های ارسالی از شهرستانها
	- 4محاسبه شاخصها
	- 5ارسال نامه ،پیگیری تلفنی ، برگزاری کالسهای آموزشی برای ارتقاءبرنامه

۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم : مرضیه دلوی سمت: کارشناس بیماریهای غیرواگیر امضاء	تلفن۳۴۴۶۶۸۹۶	پست الکترونیک: m_dalvi_20@ya :hoo.com	واحد مربوط غیرواگیر