

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: پذیرش بیمار همودیالیز سرپایی در مراکز درمانی		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 درمان		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت با توجه به دستور پزشک نفرولوژیست (فوق تخصص کلیه) بیمار نیازمند به همودیالیز بر اساس تعداد جلسات مورد نیاز به صورت هفتگی، محل سکونت و بیمه پایه به نزدیکترین مرکز دیالیز به محل سکونت (در صورت تخت خالی) ارجاع میگردد.		
	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 checked="" type="checkbox"/> شهری <input checked="" type="checkbox"/> روستایی		
	رویداد مرتبط با: <input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> ایات <input type="checkbox"/> نسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت		
	<input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر		
	نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> تعداد رویدادی مشخص		
	<input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت 1- معرفی نامه از پزشک معالج نفرولوژیست 2- بررسی مدارک توسط کارشناس دیالیز اداره امور بیماریها 3- هماهنگی کارشناس دیالیز با مرکز درمانی پذیرش دهنده 4- ارائه مشخصات مرکز پذیرش دهنده به بیمار دیالیزی 5- هماهنگی بیمار دیالیزی با مرکز دیالیز جهت اخذ پذیرش دائم.		
	قوانین و مقررات بالادستی شناسنامه و استاندارد خدمت همودیالیز در بزرگسالان شناسنامه و استاندارد خدمت همودیالیز در کودکان شناسنامه و استاندارد خدمت دیالیز صفاقی		
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 ارائه خدمت: <input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه ... بار در <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
	تعداد بار مراجعه حضوری یک الی دو بار به صورت حضوری بقیه موارد به صورت تلفنی		
	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان <input type="checkbox"/> پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شماره حساب (های) بانکی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مبلغ (مبالغ) <input type="checkbox"/>		
	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: -----		
۶- نحوه دسترسی به			

مرحله خدمت			نوع ارائه		رسانه ارتباطی خدمت	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت						
<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (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 کوتاه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> اینترنتی (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 <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		
<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<b>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر:		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		
در مرحله درخواست خدمت						
<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (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 <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> اینترنتی (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 <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		
<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<b>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر:		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		
مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)						
<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> اینترنتی (انجام مکاتبات لازم از طریق اتوماسیون اداری) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> تلفنی جهت اخذ پذیرش بیمار از مراکز درمانی		
در مرحله ارائه خدمت						
<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<input type="checkbox"/> اینترنتی (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 کوتاه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> اینترنتی (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 کوتاه <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		
<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی		<b>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: پذیرش بیمار از مرکز مقصد و ارجاع بیمار		مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی		
نام سامانه های دیگر		فیلدهای مورد تبادل		استعلام الکترونیکی		
				<input type="checkbox"/> استعلام غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/> استعلام الکترونیکی (Batch) <input type="checkbox"/> استعلام الکترونیکی		
-		-		<input type="checkbox"/> برخط <input type="checkbox"/> online		
-		-		<input type="checkbox"/> دستی		
-		-		<input type="checkbox"/> شهرستانی		

۷- ارتباط خدمت با سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه

اگر استعمال غیرالکترونیکی است، استعمال توسط:	استعمال الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر	
	دسته ای (Batch)	برخط online						
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	مراکز درمانی دارای بخش همودیالیز		
<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"/>				-		
-								۹- معاونین فرایندهای خدمت
-								
-								
-								
۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت								
واحد مربوط: اداره امور بیماریها	پست الکترونیک: Bimari_khas@mui.ac.ir		تلفن: ۰۳۱۳۶۶۲۹۹۳۲ ۰۳۱۳۶۶۱۹۶۶۱ داخلی ۲۴۹	نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: ژاله صادقیان/کارشناس دیالیز				