



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری / مرکز ملی تحقیقات خدمات بهداشتی و درمانی

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

ضمیمه ۱

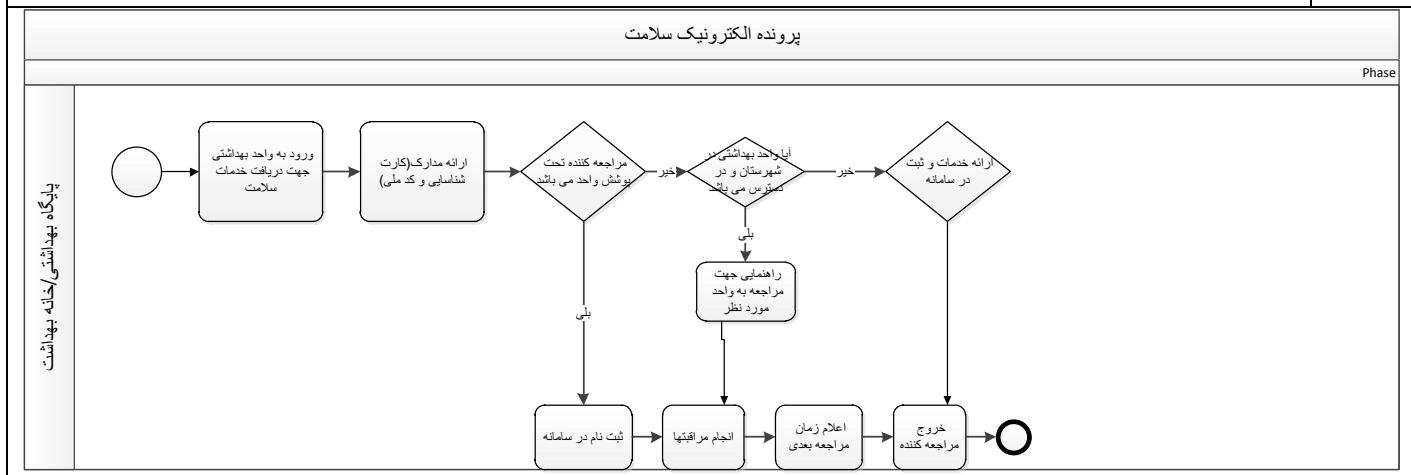
۱- عنوان خدمت: پرونده الکترونیک سلامت		۲- شناسه خدمت	
( این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)			
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت		
	جهت ارائه خدمت به کلیه گروههای هدف در واحد های بهداشتی		
	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 checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثابت مالکیت <input type="checkbox"/> تاسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input checked="" type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input checked="" type="checkbox"/> سایر		
نحوه آغاز خدمت			
<input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...			
مدارک لازم برای انجام خدمت			
شماره ملی			
قوانین و مقررات بالادستی			
-			
۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان		
	خدمت گیرندگان در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input checked="" type="checkbox"/>		
	متوسط مدت زمان ارایه خدمت: مستمر در سال		
	تواتر: <input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه یکبار بار در: ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
	تعداد بار مراجعه حضوری: حداقل ۲ بار		
	هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		
میلغ (مبالغ)			
شماره حساب (های) بانکی			
پرداخت بصورت الکترونیک			
ندارد			
۶- نحوه دسترسی	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: <a href="http://sib.Nkums.ac.ir">sib.Nkums.ac.ir</a>		
مراحل خدمت		نوع ارائه	
رسانه ارتباطی خدمت			

	<input checked="" 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 سایر (شبکه های اجتماعی)	<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله اطلاع رسانی خدمت
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرکنبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	دگر ضرورت مراجعه حضوری	<input 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 checked="" type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (سامانه ارزیابی عملکرد)	<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله درخواست خدمت
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر: حضور در کلاس آموزشی و یا دریافت مشاوره	دگر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی
<input type="checkbox"/> اینترنتی (سامانه مدیریت ارزیابی) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> الکترونیکی	مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)
		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	
	<input checked="" 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"/> الکترونیکی	در مرحله ارائه خدمت
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر: نشستهای تخصصی و بررسی مستندات و	دگر ضرورت مراجعه حضوری	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی
استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی برخط online دستهای (Batch)	فیلدهای موردتبادل	نام سامانه های دیگر فاقد ارتباط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

۸- ارتباط خدمات با سایر دستگاههای دیگر	نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	فیلدهای موردتبادل	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	استعلام الکترونیکی در خط online	اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:
					دستهای	دستگاه
						مراجعه کننده
						دستگاه
						مراجعه کننده
						دستگاه
						مراجعه کننده

۹- عناوین فرایندهای خدمت	تقاضای شهروند جهت دریافت خدمت
	مراجعه کارمندان به سامانه سیب
	تکمیل فرم های ارزیابی و خدمت
	ارائه مداخلات لازم به منظور اصلاحات روند زندگی
	اعمال مداخلات لازم
	ارزیابی مجدد توسط کارکنان
	ارائه بهترین راه حل لازم به منظور رفع اشکالات موجود



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده علی حق شناس	تلفن: ۳۲۲۲۹۲۳	پست الکترونیک:	واحد مربوط: گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
--	---------------	----------------	--