



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)		
	نوع مخاطبین <input type="checkbox"/> شهروندان		
	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			
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 ارائه خدمت: مستمر در سال		
	تواتر <input checked="" type="checkbox"/> یکبار برای همیشه یکبار بار در: ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
	تعداد بار مراجعه حضوری حداقل ۲ بار		
	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		
	<input type="checkbox"/> پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>		
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن www.sib.nkums.ir		
	مراحل خدمت <input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> ایترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (شبکه های اجتماعی)		
رسانه ارتباطی خدمت <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input checked="" type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه			

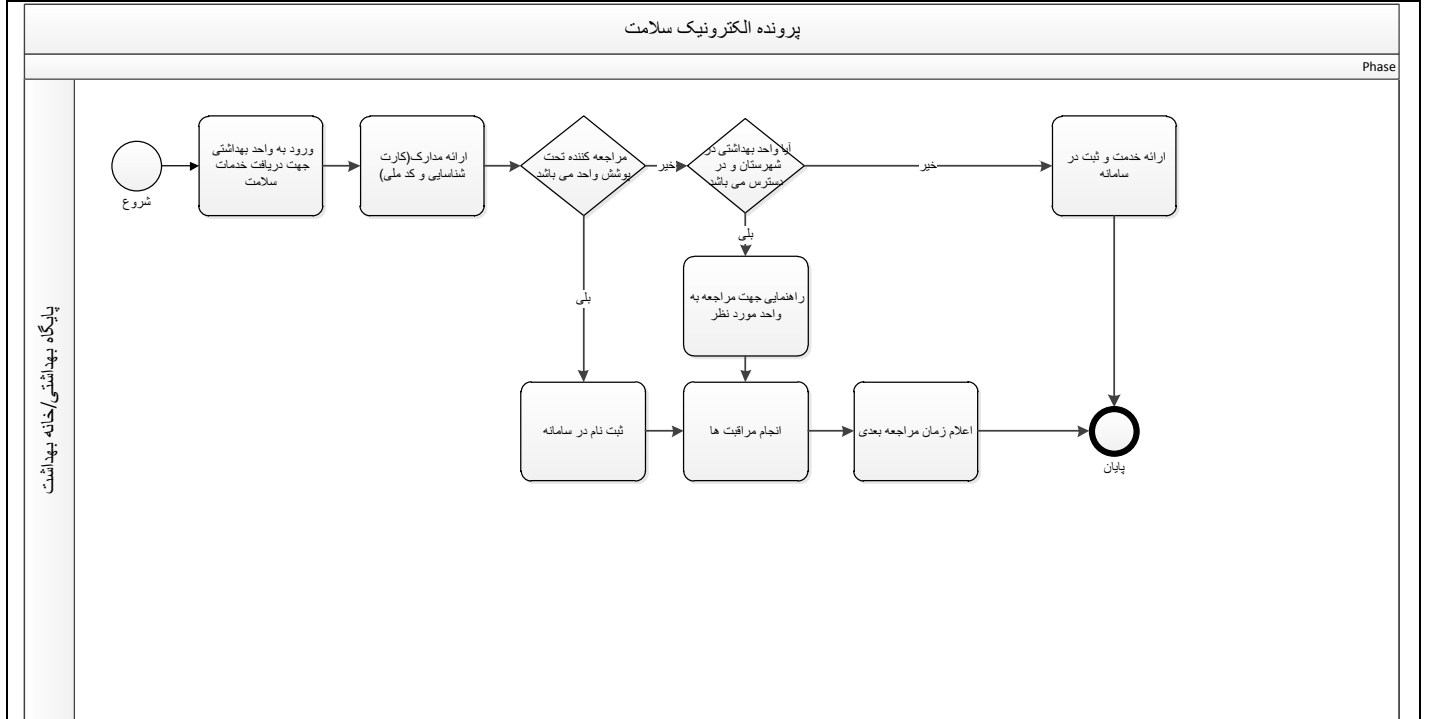
غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/>			ذکر ضرورت مراجعه حضوری		جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک زیر ساخت ارتباطی مناسب سایر:	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی
الکترونیکی <input type="checkbox"/>			ذکر ضرورت حضوری		<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 checked="" type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان: <input type="checkbox"/> عنوان مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (سامانه ارزیابی عملکرد)	در مرحله درخواست خدمت
غیر الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/>			ذکر ضرورت حضوری		جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب سایر: حضور در کلاس آموزشی و یا دریافت مشاوره	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی
الکترونیکی <input type="checkbox"/>			ذکر ضرورت حضوری		<input type="checkbox"/> اینترنتی (سامانه مدیریت ارزیابی) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)
غیر الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/>			ذکر ضرورت حضوری		<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"/> عنوان مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	در مرحله ارائه خدمت
غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/>			ذکر ضرورت حضوری		جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک نبود زیر ساخت ارتباطی مناسب سایر: نشستهای تخصصی بررسی مستندات و	مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
نام سامانه های دیگر			فیلهای مورد تبادل		استفاده الکترونیکی به خط online دسترسی (Batch)	استفاده غیر الکترونیکی
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"/>

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

نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	فیلدهای مورد تبادل	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	استعلام الکترونیکی		اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:
				برخط online	دستگاهی	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دستگاه مراجعه کننده
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دستگاه مراجعه کننده
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دستگاه مراجعه کننده

۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر

تقاضای شهروند جهت دریافت خدمت	۹- عناوین فرایندهای خدمت
مراجعه کارمندان به سامانه سبب	
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: ۳۲۲۳۰۸۳۲	پست الکترونیک:	واحد مربوط: گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
--	----------------	----------------	--