**بسمه تعالی**

**فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- عنوان خدمت: کنترل و درمان بیماری گال و پدیکلوز | | | | | | | | | | | 2- شناسه خدمت  ( این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3- ارائه دهنده خدمت | نام دستگاه اجرایی: واحد بیماریهای واگیر- مرکز بهداشت شهرستان فردیس | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام دستگاه مادر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4- مشخصات خدمت | شرح خدمت | | اجرای برنامه کنترل و درمان بیماری گال و پدیکلوز در مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه سلامت و خانه بهداشت | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نوع خدمت | | خدمت به شهروندان (G2C)  خدمت به کسب و کار (G2B)  خدمت به دیگردستگاه های دولتی(G2G) | | | | | | | | | | | نوع مخاطبین | | | عموم مردم | | | | | | | | | | | | | |
| ماهیت خدمت | | حاکمیتی | | | | | | | | | | | | تصدی گری | | | | | | | | | | | | | | | |
| سطح خدمت | | ملی | | | | | منطقه ای | | | | | | | استانی | | | | | | شهری | | | | | | روستایی | | | |
| رویداد مرتبط با: | | تولد | | آموزش | | | | سلامت | | | | مالیات | | | کسب و کار | | | | تامین اجتماعی | | | | | | | | ثبت مالکیت | | |
| تاسیسات شهری | | | | | | بیمه | | | | ازدواج | | | بازنشستگی | | | | مدارک و گواهینامه­ها | | | | | | | | وفات | | سایر |
| نحوه آغاز خدمت | | تقاضای گیرنده خدمت | | | | | | | فرارسیدن زمانی مشخص | | | | | | | | | رخداد رویدادی مشخص | | | | | | | | | | | |
| تشخیص دستگاه | | | | | | | سایر: ... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مدارک لازم برای انجام خدمت | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قوانین و مقررات بالادستی | | دستورالعمل ها و الگوریتم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5- جزییات خدمت | آمار تعداد خدمت گیرندگان | | خدمت گیرندگان در: ماه فصل سال | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| متوسط مدت زمان ارایه خدمت: | | یک روز | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تواتر | | یکبار برای همیشه 1 بار در: ماه فصل سال | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تعداد بار مراجعه حضوری | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هزینه ارایه خدمت(ریال) به خدمت گیرندگان | | مبلغ(مبالغ) | | | | | | | | | شماره حساب (های) بانکی | | | | | | | | | | | پرداخت بصورت الکترونیک | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 6- نحوه دسترسی به خدمت | آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| https://sib.abzums.ac.ir/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: | | | | | | | | | | | | | https://sib.abzums.ac.ir/ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 گويا يا مرکز تماس پيام کوتاه  سایر(باذکرنحوه دسترسی) سایت معاونت بهداشت، مراکز بهداشت و شبکه های اجتماعی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| غیرالکترونیکی | | | ذکر ضرورت مراجعه حضوری | | | | | | | جهت احراز اصالت فرد  جهت احراز اصالت مدرک  نبود زیرساخت ارتباطی مناسب  سایر: ویزیت بیمار و دریافت دارو | | | | | | | | | | | | مراجعه به دستگاه:  ملی  استانی  شهرستانی | | | | | |
| در مرحله درخواست خدمت | | الکترونیکی | | | اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) تلفن همراه (برنامه کاربردی)  پست الکترونیک ارسال پستی  تلفن گويا يا مرکز تماس پيام کوتاه  دفاتر پيشخوان  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: | | | | | | | | | | | | مراجعه به دستگاه:  ملی  استانی  شهرستانی | | | | | |
| مرحله تولید خدمت  (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها ) | | الکترونیکی | | | اینترنتی (مانند درگاه دستگاه)  اینترانتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP)  پست الکترونیک سایر (باذکرنحوه دسترسی) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| غیرالکترونیکی | | | ذکر ضرورت مراجعه حضوری | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| درمرحله ارائه خدمت | | الکترونیکی | | | اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) تلفن همراه (برنامه کاربردی)  پست الکترونیک ارسال پستی  تلفن گويا يا مرکز تماس پيام کوتاه  دفاتر پيشخوان  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: | | | | | | | | | | | | مراجعه به دستگاه:  ملی  استانی  شهرستانی | | | | | |
| 7- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه | نام سامانه های دیگر | | | فیلدهای موردتبادل | | | | | | | | | | | | | | | | | | استعلام الکترونیکی | | | | | | | استعلام غیر الکترونیکی | |
| برخط  online | | | | دسته­ای (Batch) | | |
| سامانه یکپارچه سلامت (سیب) | | | پرونده سلامت | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| 8-ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر | نام دستگاه دیگر | نام سامانه های دستگاه دیگر | | | | | فیلدهای موردتبادل | | | | | | | مبلغ (درصورت پرداخت هزینه) | | | | استعلام الکترونیکی | | | | | | اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط: | | | | | | |
| برخط  online | | دسته­ای (Batch) | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | | | | دستگاه  مراجعه کننده | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | | | | دستگاه  مراجعه کننده | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | |  | | | | دستگاه  مراجعه کننده | | | | | | |