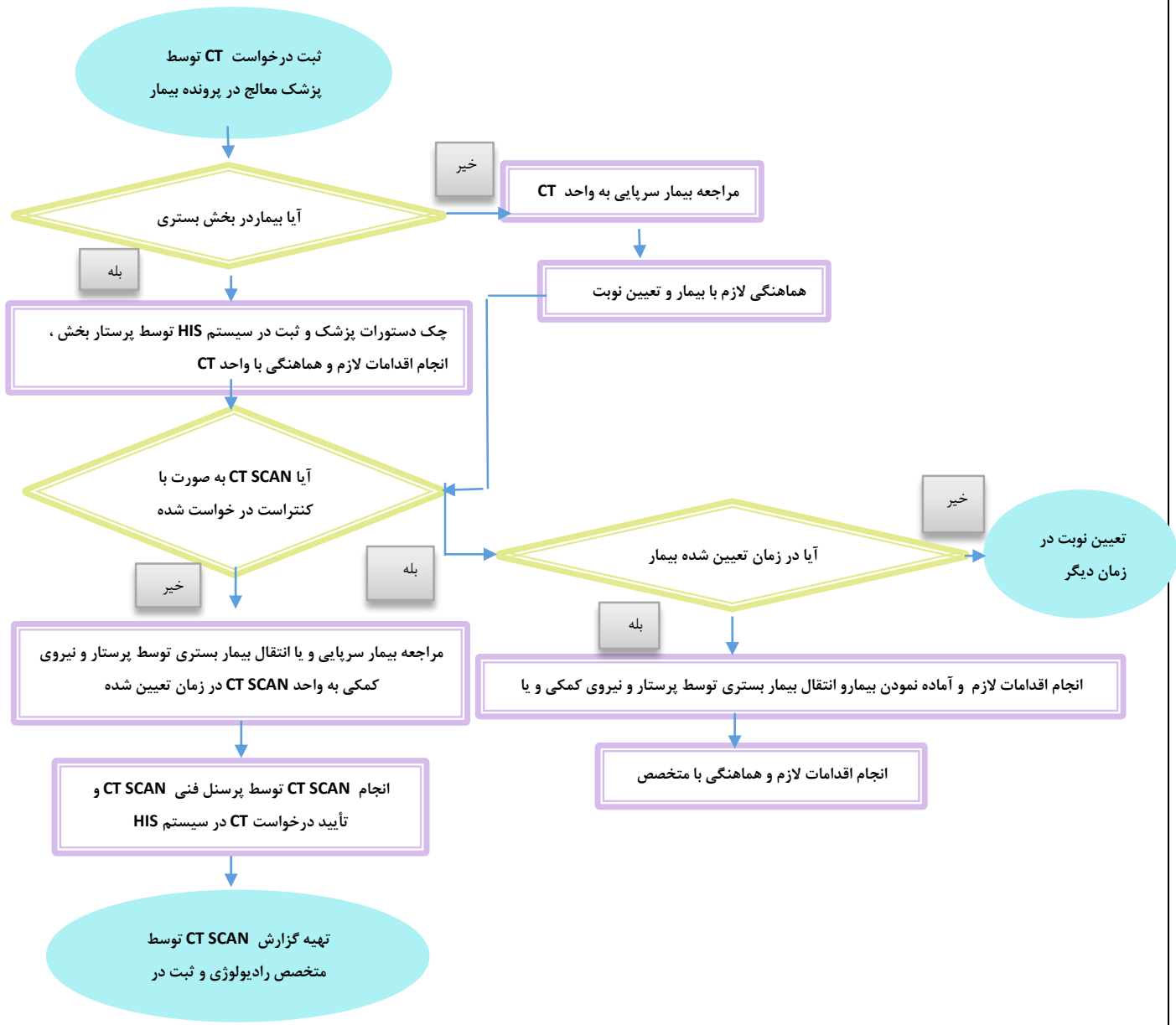


فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

۱- عنوان خدمت: انجام سی تی اسکن در واحد رادیولوژی		۲- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
۳- ارائه دهنده	نام دستگاه اجرایی: مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی امام حسن(ع)		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی کشور		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت شامل مراحل ارائه خدمت به بیمار در واحد رادیولوژی برای انجام خدمت سی تی اسکن		
	نوع خدمت		بیماران
	<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)		حاکمیتی
	ماهیت خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی
	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 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"/> 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"/> تشخیص دستگاه ... <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص
	مدارک لازم برای انجام خدمت		۱- دستورپزشک ۲- ثبت درخواست در HIS ۳- رویت درخواست توسط کاربر در واحد CT ۱- داشتن آمادگی مربوطه بسته به نوع سی تی
	قوانین و مقررات بالادستی		۱- داشتن آمادگی مربوطه بسته به نوع سی تی
۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان ۴۰-۵۰ نفر خدمت گیرندگان در: ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>		
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت: بسته به نوع سی تی درخواستی ۳۰ دقیقه		
	تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه به طور متوسط ۳۰۰ بار در: ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال <input type="checkbox"/>		
	تعداد بار مراجعه حضوری ۱ بار برای بیماران بستری و جهت بیماران سرپایی ۲ بار (۱ بار جهت اخذ نوبت و بار دوم جهت دریافت خدمت)		
	هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ) متغییر بسته به نوع خدمت و زمان شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک
			از طریق دستگاه POS واحد تعرفه یا پرداخت نقدی در واحد تعرفه و دریافت قبض پرداخت جهت ارائه به واحد رادیولوژی <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.imamhasan.nkums.ac.ir		
	نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:		
	مراحل خدمت		نوع ارائه
	در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)
	در مرحله درخواست خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)
		جهت احراز اصالت فرد جهت احراز اصالت مدرک نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر: <input type="checkbox"/>	
		مراجع به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی	
		<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <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)	





<p>واحد مربوط: واحد رادیولوژی بیمارستان امام حسن</p>	<p>پست الکترونیک:</p>	<p>تلفن : ۰۵۸۳۱۵۱۴۰۶۴</p>	<p>نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: علی جهانی</p>
--	-----------------------	-------------------------------	--

