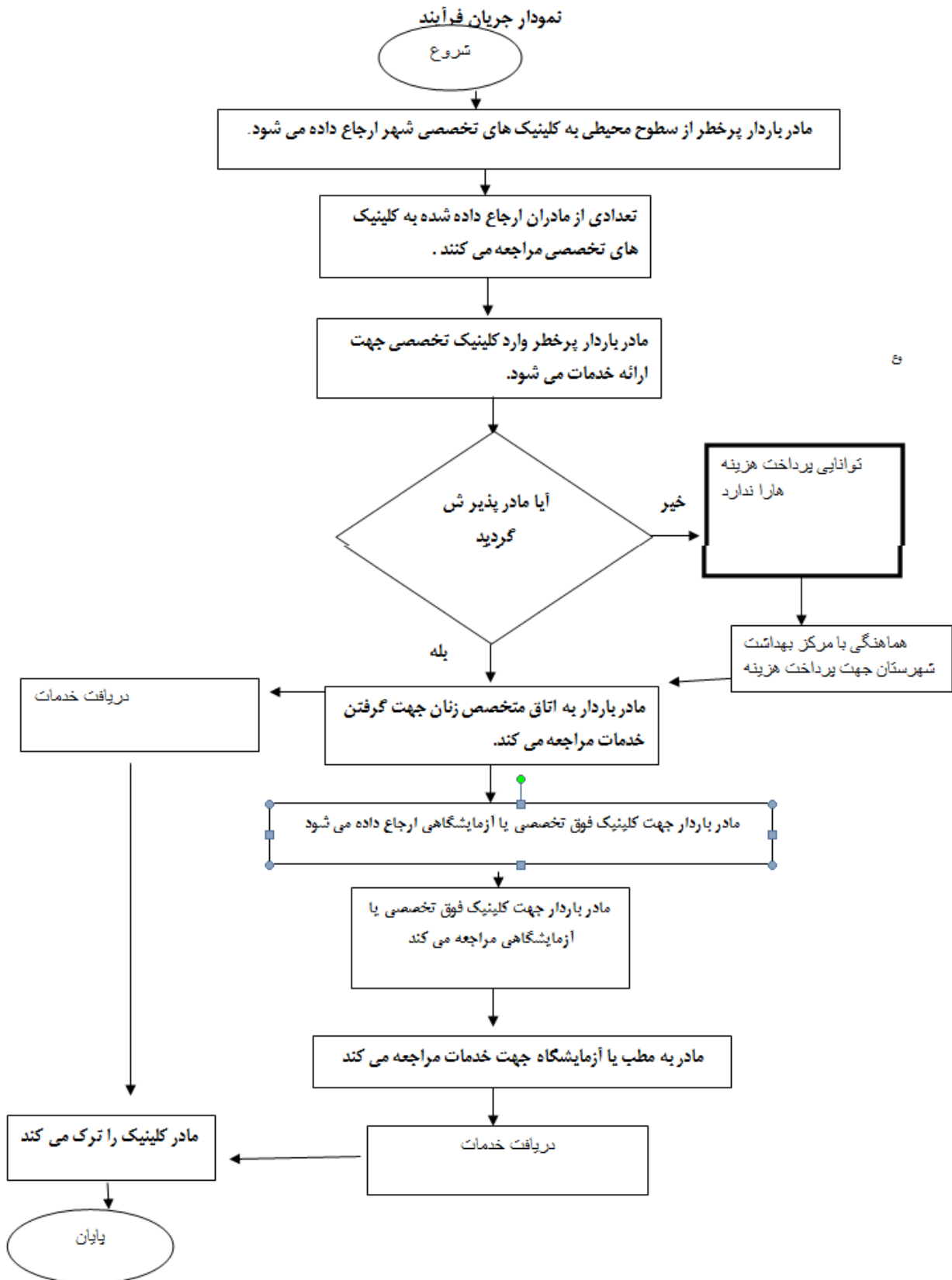


1- عنوان خدمت: خدمت به مادران باردار مراقبت ویژه		2- شناسه خدمت (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود)	
3- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت و درمان		
4- مشخصات خدمت	شرح خدمت ارائه تخصصی خدمات به مادران پرخطر کم بضاعت		
	نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)		
	ماهیت خدمت <input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input 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 checked="" type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input 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 checked="" type="checkbox"/> سایر		
	نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت تحت پوشش مراکز بهداشتی		
	قوانین و مقررات بالادستی		
	5- جزییات خدمت		
	آمار تعداد خدمت گیرندگان 50 خدمت گیرندگان در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال		
متوسط مدت زمان ارائه خدمت: مستمر در سال			
تواتر <input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه <input checked="" type="checkbox"/> یکبار بار در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال			
تعداد بار مراجعه حضوری			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) شماره حساب (های) بانکی پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ...			
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن			
www.Sib.nkums.ac.ir			
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:			
6- نحوه دسترسی به خدمت	مراحل خدمت		نوع ارائه
	در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر (شبکه های اجتماعی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input type="checkbox"/> پیام کوتاه
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی <input checked="" 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:	<input checked="" type="checkbox"/> ضرورت <input checked="" type="checkbox"/> مراجعه حضوری
مراجعه به دستگاه: ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی <input checked="" type="checkbox"/>			

				<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <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 checked="" type="checkbox"/> سایر(سامانه ارزیابی عملکرد)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی		در مرحله درخواست خدمت	
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی		<input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر: حضور در کلاس آموزشی و یا دریافت مشاوره		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		در مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)	
<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک (ERP) <input type="checkbox"/> سایر (باذکر نحوه دسترسی)		<input type="checkbox"/> اینترنتی (سامانه مدیریت ارزیابی) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP)		ارائه خدمات تخصصی در مناطق ررروستایی و شهرستانها		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		ذکر ضرورت مراجعه حضوری	
				<input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <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(باذکر 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		<input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input checked="" type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: نشستهای تخصصی بررسی مستندات و		ذکر ضرورت مراجعه حضوری		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی			
نام سامانه های دیگر		فیلهای موردتبادل		استعلام الکترونیکی برخط online دسته‌ای (Batch)		استعلام غیر الکترونیکی		7- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه	
نام دستگاه دیگر		نام سامانه های دستگاه دیگر		فیلهای موردتبادل		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)		استعلام الکترونیکی برخط online دسته‌ای (Batch)	
8- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر								<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده	

<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"/>					
1- ارجاع مادر پر خطر به کلینیک تخصصی							6- معاونین فرایندهای خدمت
2- بدلیل بضاعت پایین عدم دریافت خدمات							
3- هماهنگی با مرکز بهداشت							
4. - پرداخت هزینه ها و دریافت خدمات							



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: طاهره رام

تلفن: 32222892

پست الکترونیک:

واحد مربوط: سلامت خانواده