



بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت بنیاد شهید و امور ایثارگران

(کد شناسه فرم: IDS-010106)

۱- عنوان خدمت: پایش سلامت جانبازان اعصاب و روان		۲- شناسه خدمت :		
نام دستگاه اجرایی: معاونت بهداشت و درمان (اداره کل درمان)		(این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)		
۳- ارائه آرائه	نام دستگاه مادر: بنیاد شهید و امور ایثارگران			
	شرح خدمت			
۴- مشخصات خدمت	نوع خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G۲C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G۲B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G۲G)	
	ماهیت خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری	
	سطح خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input 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"/> ثابت 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 type="checkbox"/> تقاضای گیرنده <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		نظریه پزشک معالج - مدارک بالینی - انجام دادن تست های پاراکلینیک لازم - ویزیت های دوره ای پزشکی	
	قوانین و مقررات بالادستی		خارج از بنیاد قانون جامع خدمات رسانی به ایثارگران	داخل بنیاد آیین نامه پایش سلامت (سامانه قوانین و مقررات)
	آمار تعداد خدمت گیرندگان		۲۲۳,۰۰۰ خدمت گیرندگان در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال	
	متوسط مدت زمان ارائه خدمت:		دو ساعت	
	تواتر		<input type="checkbox"/> یکبار برای همیشه یک بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال	
تعداد بار مراجعه حضوری		۴ بار در سال		
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	
		---	پرداخت بصورت الکترونیک <input type="checkbox"/>	
		...	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن				
http://www.isaar.ir				
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:				
مرحل خدمت		نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	
۵- جزئیات خدمت				
۶- نحوه دسترسی به خدمت				

مرجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input checked="" 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:	<input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/> ذکر ضرورت <input type="checkbox"/> مراجعه حضوری		
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input checked="" type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس 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 درخواست خدمت		
مرجعه 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 <input type="checkbox"/> سایر:	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/> ذکر ضرورت <input type="checkbox"/> مراجعه حضوری		
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترنت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر (با ذکر نحوه دسترسی)		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)		
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس 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 type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> غیر الکترونیکی	در مرحله ارائه خدمت		
مرجعه 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 <input checked="" type="checkbox"/> سایر: جهت ویزیت و انجام دادن آزمایشات پاراکلینیک	<input checked="" type="checkbox"/> غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/> ذکر ضرورت <input type="checkbox"/> مراجعه حضوری		
استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی	فیلدهای مورد تبادل		نام سامانه های دیگر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشخصات اینترگران - مشخصات درمانی		سیستم سجایا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
اگر استعلام غیر الکترونیکی است، استعلام توسط:		استعلام الکترونیکی <input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> دستی (Batch)	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر
<input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/> مراجعه کننده		<input type="checkbox"/> آنلاین <input type="checkbox"/> دستی (Batch)			

۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانک های اطلاعاتی)

۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاه های

<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"/>					

۹- معاونین و آینده‌های

۱- ارائه مدارک درمانی یا مراجعه به پزشک معالج

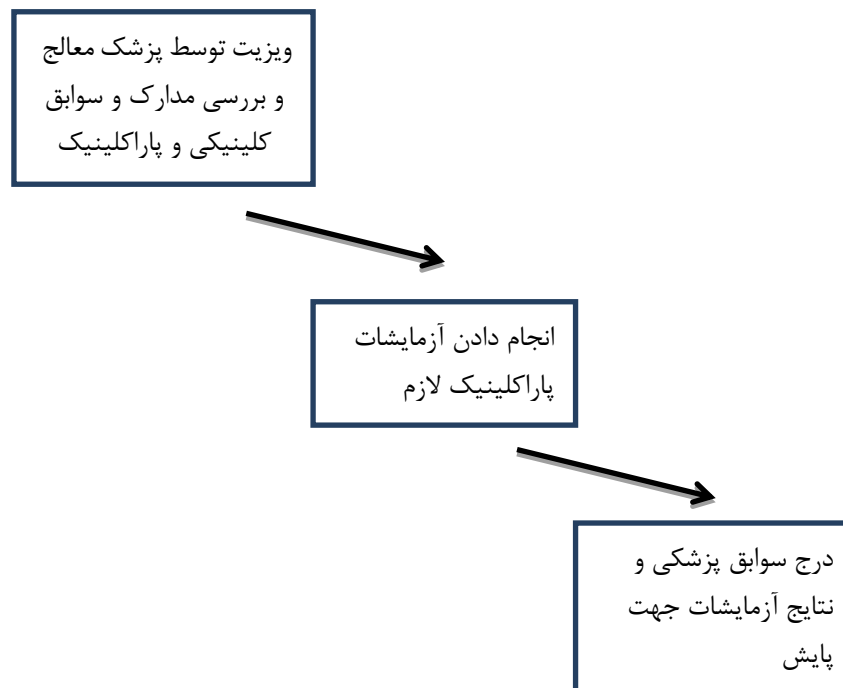
۲- ویزیت ، بررسی مدارک و سوابق درمانی

۳- انجام دادن آزمایشات پاراکلینیک لازم

۴- درج سوابق پزشکی و نتایج آزمایشات جهت پایش

۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت

ردیف	مراحل انجام کار	مدت انتظار برای انجام کار
۱	ویزیت توسط پزشک معالج	۲۰-۳۰ دقیقه
۲	بررسی مدارک و سوابق درمانی	۱۵ دقیقه
۳	انجام دادن آزمایشات پاراکلینیک لازم	۳۰ دقیقه
۴	درج سوابق پزشکی و نتایج آزمایشات جهت پایش	۱۵ دقیقه



نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: دکتر علی خوبیاربان	تلفن: ۸۸۳۱۳۲۱۹	پست الکترونیک:	واحد مربوط: معاونت بهداشت و درمان (اداره کل درمان)
---	----------------	----------------	---

معاون محترم حوزه مربوطه
نام و نام خانوادگی :

مدیر کل محترم حوزه مربوطه
نام و نام خانوادگی :

نماینده حوزه مربوطه
نام و نام خانوادگی :

رئیس مرکز نوسازی و تحول اداری
نام و نام خانوادگی:

گروه سیستم ها و روش ها
نام و نام خانوادگی: