**بسمه تعالی**

**فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجراییضمیمه 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- عنوان خدمت: تشخیص قبل از تولد بیماریهای ژنتیکی | | | | | | | | | | | | | 2- شناسه خدمت  ( این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3- ارائه دهنده خدمت | نام دستگاه اجرایی: انستیتو پاستور ایران | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی- بخش پزشکی مولکولی – آزمایشگاه ژنتیک | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4- مشخصات خدمت | شرح خدمت | | | تشخیص پیش از تولد بیماریهای تالاسمی، دوشن و PKU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | فرم معرفی از مراکز بهداشت –دفترچه بیمه-شناسنامه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قوانین و مقررات بالادستی | | | مقررات وزارت بهداشت در بخش بیماریهای ژنتیک | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5- جزییات خدمت | آمار تعداد خدمت گیرندگان | | | 200 خانواده خدمت گیرندگان در: ماه فصل سال | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| متوسط مدت زمان ارایه خدمت: | | | دو تا سه هفته | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تواتر | | | یکبار برای همیشه . . . بار در: ماه فصل سال | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تعدادبار مراجعه حضوری | | | دو تا سه بار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هزینه ارایه خدمت(ریال) به خدمت گیرندگان | | | مبلغ(مبالغ) | | | | | | | | | | | شماره حساب (های) بانکی | | | | | | | | | پرداخت بصورت الکترونیک | | | | | | | | | |
| مطابق دفترچه تعرفه های وزارت بهداشت | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| . . . | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 6- نحوه دسترسی به خدمت |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| غیرالکترونیکی | | | | ذکر ضرورت مراجعه حضوری | | | | | | جهت احراز اصالت فرد  جهت احراز اصالت مدرک  نبود زیرساخت ارتباطی مناسب  سایر: | | | | | | | | | | | | 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- ارتباطخدمتباسایرسامانهها (بانکهای اطلاعاتی) دردستگاه | نام سامانه های دیگر | | | | فیلدهای موردتبادل | | | | | | | | | | | | | | | | | | استعلام الکترونیکی | | | | | | | | | استعلام غیر الکترونیکی | |
| برخط  online | | | | | | دسته­ای (Batch) | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |
| 8-ارتباطخدمتباسایر دستگاههای دیگر | نام دستگاه دیگر | | نام سامانه های دستگاه دیگر | | | | | | فیلدهای موردتبادل | | | | | | مبلغ (درصورت پرداخت هزینه) | | | | استعلام الکترونیکی | | | | | | | | اگراستعلامغیرالکترونیکیاست، استعلام توسط: | | | | | | |
| برخط  online | | دسته­ای (Batch) | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | | | | | دستگاه  مراجعه کننده | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | | | | | دستگاه  مراجعه کننده | | | | | | |
| 1. پذیرش آزمایشگاه: دریافت معرفی نامه مرکز بهداشت و جواب آزمایشهای موجود | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9- عناوین فرایندهای خدمت | 1. مشاوره ژنتیک با خانواده و دادن توضیحات لازم مطابق دستورالعمل استاندارد | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. پر کردن فرمهای مربوط به پذیرش و گرفتن نمونه خون وریدی مطابق دستورالعمل استاندارد | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. تحویل نمونه به آزمایشگاه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. انجام فرآیند تخلیص DNA و انجام آزمایشگاههای مولکولی لازم طبق استاندارد | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. بررسی جواب آزمایشها توسط مسئول فنی مربوطه | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. جوابدهی به بیمار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت  مسئول پذیرش آزمایشگاه دریافت معرفی نامه مرکز بهداشت و جواب آزمایشهای موجود  مشاوره ژنتیک با خانواده و دادن توضیحات لازم مطابق دستورالعمل استاندارد  پر کردن فرمهای مربوط به پذیرش و گرفتن نمونه خون وریدی مطابق دستورالعمل استاندارد  تحویل نمونه به آزمایشگاه  انجام فرآیند تخلیص DNA و انجام آزمایشگاههای مولکولی لازم طبق استاندارد  بررسی جواب آزمایشها توسط مسئول فنی مربوطه  جوابدهی به بیمار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
| **نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:**  علیرضا کردافشاری | | **تلفن:**  2400 | | | | | **پست الکترونیک:**  **a\_kordafshari@pasteur.ac.ir** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **واحد مربوطه:**  بخش پزشکی مولکولی | | | | | |