**بسمه تعالی**

**فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجراییضمیمه 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- عنوان خدمت: تشخیص فنیل کتونوری غیر کلاسیک | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4- مشخصات خدمت | شرح خدمت | | تشخیص فنیل کتونوری غیر کلاسیک در قالب برنامه کشوری غربالگری نوزادان | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نوع خدمت | | خدمت به شهروندان (G2C)  خدمت به کسب و کار(G2B)  خدمت به دیگردستگاه های دولتی(G2G) | | | | | | | | | | | | | نوع مخاطبین | | | نوزادان و کودکان ارجاع دهنده توسط مراکز بهداشت سراسر کشور و پزشکان متخصص اطفال کشور | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | ارسال نسخه پزشک اطفال از مراکز بهداشت سراسر کشور و مطب ها | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قوانین و مقررات بالادستی | | برنامه کشوری غربالگری نوزادان اداره ژنتیک وزارت بهداشت | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5- جزییات خدمت | آمار تعداد خدمت گیرندگان | | **50** خدمت گیرندگان در: ماه فصل سال | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| متوسط مدت زمان ارایه خدمت: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تواتر | | یکبار برای همیشه  **2** بار در: ماه فصل سال | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تعدادبار مراجعه حضوری | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هزینه ارایه خدمت(ریال) به خدمت گیرندگان | | مبلغ(مبالغ) | | | | | | | | | | شماره حساب (های) بانکی | | | | | | | | | | | | | پرداخت بصورت الکترونیک | | | | | | | | |
| رایگان | | | | | | | | | | تحت پوشش وزارت بهداشت و درمان | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| . . . | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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) | | | | | |
| مراکز بهداشت | - | | | | | | - | | | | | | | | - | | | | - | | |  | | | | | | دستگاه  مراجعه کننده | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | دستگاه  مراجعه کننده | | | | | |
| 1. پذیرش: ثبت مشخصات بیمار- نام پزشک- شرایط نمونه گیری | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9- عناوین فرایندهای خدمت | 1. گرفتن نمونه: الف- ادرار ناشتای نوزادان و گرفتن نمونه خون(DBS و پلاسما) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. اکسیداسیون ادرار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. اندازه گیری کراتینین ادرار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ادرار اکسید شده جهت تعیین نئوپترین و بیوپترین ادرار با دستگاهHPLC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. تعیین فنیل آلانین پلاسمای هپارینه به دستگاه HPLC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. آزمایش فعالیت آنزیم DHPR به روش اسپکترومتری | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. کنترل کیفی جواب نهایی و ثبت جوابها | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. جوابدهی به صورت حضوری یا ارسال پستی | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |