



فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی

۱- عنوان خدمت: طراحی فرم های مدارک پزشکی		۲- شناسه خدمت		
(این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود)				
۳- ارائه دهنده خدمت	نام دستگاه اجرایی: وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی			
	نام دستگاه مادر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی خراسان شمالی			
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت: هر مرکز مراقبت بهداشتی مسئول تهیه فرمهای مناسب با نیازهایش می باشد. یک فرم باید طوری طراحی شود تا برای هدف مورد استفاده مناسب باشد			
	نوع خدمت	☐ خدمت به شهروندان (G2C) ☒ خدمت به کسب و کار (G2B) ☐ خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)		
	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 گواهینامه ها ☐ وفات ☐ سایر		
	نحوه آغاز خدمت	☐ تقاضای گیرنده خدمت ☒ فرارسیدن زمانی مشخص ☒ رخداد رویدادی مشخص ☒ تشخیص دستگاه ☐ سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت	ابتدا متقاضی طراحی یا اصلاح فرم با ذکر بیان اهداف از ایجاد یا اصلاح فرم، درخواست و نمونه اولیه فرم را به رئیس بیمارستان بعنوان رئیس کمیته مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات بیمارستان اعلام نماید.		
	قوانین و مقررات بالادستی	۱- اندازه اوراق بزرگ (۲۹۷ × ۲۱۰ میلیمتر) اندازه کوچک (۱۴۸/۵ × ۲۱۰ میلیمتر) ۲- نوع جنس کاغذ (bond peper) ۳- چاپ (مطالب چاپی هر یک از اوراق بایستی خوانا و واضح (sans serif) باشد) ۴- کالر کودینگ (هر فرم باید دارای رنگ بخصوص باشد تا از اشتباه شدن اوراق جلوگیری گردد) ۵- اصطلاحات (اصطلاحات چاپ شده روی فرم ها باید خوانا و واضح - مختصر و مفید باشد) ۶- شماره گذاری فرمها (بالا و پایین کلیه فرم ها باید دارای شماره باشد) ۷- میزان تولید (بصورت سالانه و یک چهارم بیشتر از میزانی که تخمین زده شد) ۸- فرمهای پشت و رویی یا دو طرفه (برای جلوگیری از قطور شدن پرونده و کاهش هزینه) ۹- تقلیل در تولید بی مورد فرمها ۱۰- متحد الشکل نمودن فرمهای مدارک پزشکی		
	۵- جزئیات خدمت	آمار تعداد خدمت گیرندگان	... خدمت گیرندگان در: ☐ ماه ☐ فصل ☐ سال	
		متوسط مدت زمان ارایه خدمت:		
تواتر		☐ یکبار برای همیشه در صورت نیاز متفاوت می باشد ... بار در: ☐ ماه ☐ فصل ☐ سال		
تعداد بار مراجعه حضوری				
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان		مبلغ (مبالغ)	شماره حساب (های) بانکی	پرداخت بصورت الکترونیک
۶- نحوه دسترسی به خدمت	آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن			
	WWW.			
	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 ☐ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)	☐ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) از طریق اتوماسیون اداری ☐ تلفن همراه (برنامه کاربردی) ☐ پست الکترونیک ☐ تلفن گویا یا مرکز تماس ☐ ارسال پستی ☐ پیام کوتاه	

۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بانکهای اطلاعاتی) در دستگاه	نام سامانه های دیگر		فیلدهای موردتبادل		اعلام الکترونیکی آنلاین دستی (Batch)		اعلام غیر الکترونیکی
۸- ارتباط خدمت با سایر دستگاههای دیگر	نام دستگاه دیگر	نام سامانه های دستگاه دیگر	فیلدهای موردتبادل	مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	اعلام الکترونیکی آنلاین دستی (Batch)		اگر اعلام غیرالکترونیکی است، اعلام توسط:
							دستگاه مراجعه کننده

☐ دستگاه ☐ مراجعه کننده	☐	☐					
☐ دستگاه ☐ مراجعه کننده	☐	☐					

۱- ارسال نمونه اولیه فرم به ریاست بیمارستان (رئیس کمیته) ۲- بررسی اولیه ساختار فرم توسط (دبیر کمیته) ۳- ارسال به معاونت درمان دانشگاه

۴- بررسی نهایی در کمیته مرکزی یا اداره آمار و مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات با هماهنگی نماینده گروههای تخصصی پزشکی (معاونت درمان) ۵- ارسال به معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

۶- ابلاغ فرم

۹- عناوین
 فرایندهای خدمت

۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت : **فلوچارت طراحی فرمهای مدارک پزشکی**

```

graph TD
    Start([متقاضی طراحی فرم]) --> Step1[ارسال نمونه اولیه فرم به ریاست بیمارستان (رئیس کمیته)  
متقاضی]
    Step1 --> Step2[ارجاع به رئیس بخش مدارک پزشکی (دبیر کمیته)  
رئیس , بیمارستان]
    Step2 --> Step3[بررسی اولیه ساختار فرم توسط (دبیر کمیته)  
(دبیر کمیته)]
    Step3 --> Step4[بررسی در کمیته آمار و مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات بیمارستان  
بیمارستان]
    Step4 --> Decision{تائید}
    Decision -- خیر --> End1([پاسخ به  
پیشنهاد دهنده])
    Decision -- بلی --> Step5[ارسال به معاونت درمان دانشگاه]
    Step5 --> Step6[بررسی اولیه  
توسط کارشناسان اداره آمار و مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات]
    Step6 --> Step7[بررسی نهایی  
در کمیته مرکزی یا اداره آمار و مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات با هماهنگی نماینده گروههای]
    Step7 --> End2((A))
      
```

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: معصومه ارزمانی	تلفن: ۰۵۸۳۳۲۱۰۹۴۰	پست الکترونیک: واحد مربوط: اداره مدیریت اطلاعات سلامت	
--	-------------------	---	--

