

بسمه تعالی

16042573101-2 شناسه خدمت:		1- عنوان خدمت: غربالگری های بیماری ژنتیکی	
نام دستگاه اجرایی: معاونت بهداشتی		3- ارائه دهنده خدمت	
نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			
شرح خدمت		4- مشخصات خدمت	
انجام غربالگری باگرفتن خون کف پای نوزاد جهت شناسایی 4 بیماری کم کاری مادرزادی تیروئید، فیلیکتونریا			
نوع خدمت			
<input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان - (G2C) <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار - (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی - (G2C)		نوع مخاطبین	
نوزادان در بدو تولد			
ماهیت خدمت			
<input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری			
سطح خدمت			
<input checked="" type="checkbox"/> ملی <input checked="" type="checkbox"/> منطقه ای <input checked="" type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهری <input checked="" 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			
نحوه آغاز خدمت			
<input type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input checked="" type="checkbox"/> فرا رسیدن زمانی مشخص <input type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص			
<input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: فارغ التحصیلی فرد			
مدارک لازم برای انجام خدمت			
کارت واکسیناسیون یا گواهی ولادت			
قوانین و مقررات بالادستی			
دستورالعمل کشوری			
آمار تعداد خدمت گیرندگان			
در: <input checked="" type="checkbox"/> ماه <input checked="" type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال			
متوسط مدت زمان ارائه خدمت			
20 دقیقه			
تواتر			
در صورت لزوم تکرار می شود			
تعداد بار مراجعه حضوری			
<input checked="" type="checkbox"/>			
هزینه ارائه خدمت به خدمت گیرندگان			
مبلغ: 17000 هزار تومان			
شماره حساب بانکی			
<input type="checkbox"/> پرداخت به صورت الکترونیک			
<input type="checkbox"/> پرداخت بصورت نقدی			
<input checked="" type="checkbox"/> دستگاه پوز بانکی			
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:			
Sib.sums.ac.ir			
نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:			
Sib.sums.ac.ir			
مرحله خدمت		نوع ارائه	
در مرحله اطلاع رسانی خدمت		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	
<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سامانه پیامکی <input type="checkbox"/> ارسال پستی <input checked="" type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> اپلیکیشن موبایلی <input type="checkbox"/> پرداخت همراه یا درگاه الکترونیک <input checked="" type="checkbox"/> سایر: مراجعه به مراکز و خانه های بهداشت سراسر استان		رسانه ارتباطی خدمت	
6- نحوه دسترسی به خدمت			

مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	<input checked="" type="checkbox"/> جهت احزار اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احزار اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب جهت سهولت دسترسی برای کسانی که امکان دسترسی الکترونیکی برایشان فراهم نیست.	<input checked="" type="checkbox"/> ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		
<input type="checkbox"/> اینترنتی : <input type="checkbox"/> پست الکترونیک: <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> ارسال پستی		<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله درخواست خدمت		
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی <input checked="" type="checkbox"/> پایگاه پزشک خانواده	<input checked="" type="checkbox"/> جهت احزار اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احزار اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب	<input checked="" type="checkbox"/> ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		
<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر		<input checked="" type="checkbox"/> الکترونیکی	مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)		
ذکر ضرورت مراجعه حضوری: تکمیل فرم		<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی			
<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> پست الکترونیک: <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان		<input type="checkbox"/> الکترونیکی	در مرحله ارائه خدمت		
مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی	<input checked="" type="checkbox"/> جهت احزار اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب سایر:	<input checked="" type="checkbox"/> ذکر ضرورت مراجعه حضوری	<input checked="" type="checkbox"/> غیرالکترونیکی		
استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی برخط      دسته ای		فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دیگر	7- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها
			گزارش گیری از سامانه مولید ثبت احوال	<b>سامانه ثبت احوال</b>	
اگر استعلام غیر الکترونیکی است استعلام توسط:	استعلام الکترونیکی برخط      دسته ای		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	نام دستگاههای دیگر	سایر ارتباط خدمت با سایر دستگاه های دیگر
<input type="checkbox"/> دستگاه مراجعه کننده					
1- تماس با خانم دهنویی					9- معاونین فرایندهای خدمت

