

بسمه تعالی

فرم شناسنامه خدمت دستگاه اجرایی ضمیمه ۱

۱- عنوان خدمت: غربالگری، تشخیص و مداخله زود هنگام شنوایی نوزادان		۲- شناسه خدمت: ۱۶۰۴۱۰۵۶۱۰۴ (این فیلد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تکمیل می شود.)	
نام دستگاه اجرایی: سازمان بهزیستی کشور		نام دستگاه مادر: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	
شرح خدمت غربالگری اختلالات شنوایی در کلیه مناطق شهری و روستایی با استفاده از ابزارهای ساده و یا دستگاههای ویژه این کار		نوع خدمت ■ خدمت به شهروندان (G۲C) □ خدمت به کسب و کار (G۲B) □ خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G۲G)	
ماهیت خدمت ■ حاکمیتی		والدین و نوزادان و شیرخواران ع.م.ب.	
سطح خدمت ■ ملی □ منطقه ای □ استانی □ روستایی □		تصدی گری □	
رویداد مرتبط با: ■ تولد □ آموزش □ سلامت □ مالیات □ کسب و کار □ تامین اجتماعی □ ثبت مالکیت □		□ سایر □ وفات □	
نحوه آغاز خدمت ■ تقاضای گیرنده خدمت □ تشخیص دستگاه □ سایر: ...		□ رخدادهای مشخص	
مدارک لازم برای انجام خدمت شناسنامه یا کارت ملی		قواین و مقررات بالادستی تبصره ۱۶ اساسنامه بهزیستی کشور ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات دولت بندی ماده ۴ قانون ساختار جامع نظام رفاه اجتماعی سیاستهای کلی سلامت-ابلاغیه مقام معظم رهبری استراتژی پنجم برنامه عملیاتی سازمان	
آمار تعداد خدمت گیرندگان خدمت گیرندگان در: ماه □ فصل □ سال ■ برابر با ۱۱۰۰۰۰ نفر می باشد.		متوسط مدت زمان ارایه خدمت: ۱ روز	
تواتر ■ یکبار برای همیشه □ یک بار در: ماه □ فصل □ سال		تعدادبار مراجعه حضوری	
هزینه ارایه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ) تعرفه بخش دولتی ۹۵۲۰۰ ریال □ تعرفه بخش خصوصی ۲۱۰۰۰۰ ریال □		پرداخت بصورت الکترونیک □	
آدرس دقیق و مستقیم خدمت در وبگاه در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن		نام سامانه مربوط به خدمت در صورت الکترونیکی بودن همه یا بخشی از آن:	
مراحل خدمت		نوع ارائه	
رسانه ارتباطی خدمت		رسانه ارتباطی خدمت	

۳- ارائه دهنده خدمت

۴- مشخصات خدمت

۵- جزئیات خدمت

۶- نحوه دسترسی به

			<p>■ الکترونیکی (وضعیت مطلوب)</p> <p>■ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) ■ تلفن همراه (برنامه کاربردی)</p> <p>■ پست الکترونیک ■ ارسال پستی</p> <p>■ تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه</p> <p>□ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)</p>		<p>در مرحله اطلاع رسانی خدمت</p>
			<p>■ غیر الکترونیکی (وضعیت موجود)</p>	<p>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</p> <p>□ جهت احراز اصالت فرد</p> <p>□ جهت احراز اصالت مدرک</p> <p>■ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب</p> <p>□ سایر:</p>	
			<p>■ الکترونیکی (وضعیت مطلوب)</p> <p>■ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) □ تلفن همراه (برنامه کاربردی)</p> <p>■ پست الکترونیک □ ارسال پستی</p> <p>■ تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه</p> <p>□ دفاتر پیشخوان</p> <p>شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان:</p> <p>□ عناوین مشابه دفاتر پیشخوان</p> <p>□ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)</p>		<p>در مرحله درخواست خدمت</p>
			<p>■ غیر الکترونیکی (وضعیت موجود)</p>	<p>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</p> <p>□ جهت احراز اصالت فرد</p> <p>□ جهت احراز اصالت مدرک</p> <p>■ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب</p> <p>□ سایر:</p>	
			<p>□ الکترونیکی (وضعیت مطلوب)</p> <p>□ اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) □ اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP)</p> <p>□ پست الکترونیک □ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)</p>		<p>مرحله تولید خدمت (فرایند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاه ها)</p>
			<p>■ غیر الکترونیکی (وضعیت موجود)</p>	<p>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</p> <p>■ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب</p>	
			<p>□ الکترونیکی (وضعیت مطلوب)</p> <p>■ اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) ■ تلفن همراه (برنامه کاربردی)</p> <p>■ پست الکترونیک ■ ارسال پستی</p> <p>■ تلفن گویا یا مرکز تماس پیام کوتاه</p> <p>□ دفاتر پیشخوان</p> <p>شماره قرارداد واگذاری خدمات به دفاتر پیشخوان:</p> <p>□ عناوین مشابه دفاتر پیشخوان</p> <p>□ سایر (با ذکر نحوه دسترسی)</p>		<p>در مرحله پیگیری خدمت</p>
			<p>□ غیر الکترونیکی (وضعیت موجود)</p>	<p>ذکر ضرورت مراجعه حضوری</p> <p>□ جهت احراز اصالت فرد</p> <p>□ جهت احراز اصالت مدرک</p> <p>□ نبود زیرساخت ارتباطی مناسب</p> <p>□ سایر:</p>	
استعلام غیر الکترونیکی	استعلام الکترونیکی	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه های دیگر		<p>۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (رابطه های اطلاعاتی) در دستگاه</p>
	برخط online				
	دستهای (Batch)				

استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)		فیلدهای موردتبادل	نام سامانه های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	8-ارتباط خدمت به سایر سامانه ها (از انک های اطلاعاتی) در دستگاههای دیگر (با ذکر نام سامانه یا بانک اطلاعاتی)
اگر استعلام غیرالکترونیکی است، استعلام توسط:	دستگاه	برخط	online				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			وزارت بهداشت	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
1- تکمیل فرم ثبت اطلاعات برای نوزاد 2- نوزاد توسط دستگاه OAE تست می شود 3- در صورت گذر اگر دارای عوامل خطر نباشد با دریافت بروشور ترخیص می گردد 4- در صورت گذر اگر دارای عوامل خطر باشد جهت انجام تست AABR ارجاع می گردد 5- در صورت گذر نکردن از OAE جهت انجام تست OAE دوم یا AABR ارجاع می گردد 6- پس از انجام OAE دوم یا AABR در صورتی که پاسخ گذر باشد با دریافت بروشور ترخیص می گردد 7- در صورتی که پاسخ ارجاع باشد به مراکز تشخیصی و در صورت نیاز به مراکز مداخله ارجاع می گردد							
							9- معاونین فرایندهای خدمت

شروع

نوزاد متولد شده در بیمارستان

تکمیل فرم ثبت اطلاعات نوزاد توسط کاربر

بر اساس تست غربالگری
شنوایی مرحله اول نیاز به
ارجاع دارد

بلی

عوامل خطر وجود
دارد

خیر

کودک
سالم

- گزارش به خانواده
- ثبت نتایج
- رایه پمفلت آموزشی

پایان

خیر

بر اساس تست
غربالگری دوم نیاز به
ارجاع دارد

بلی

کودک دارای
عوامل خطر
تهدید کننده
شنوایی

بلی

- اقدامات انجام شده برای WB
- نوبت جهت بررسی ادیولوژیک
- هر شش ماه تا سه سالگی

پایان

خیر

انجام اقدامات
تشخیصی نیاز
دارد

خیر

پایان

بلی

مداخله در مراکز توانبخشی و
کاشت حلزون

پایان

پایان

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تلفن:

پست الکترونیک:

واحد مربوط: