



بنام خدا

فرم اولیه ارائه درخواست شرکت در جشنواره سراسری تعالی کیفیت مراکز سلامت وزارت بهداشت سال ۱۴۰۱

نام مرکز:	دانشگاه:	
استان:	شهر و آدرس:	
نام و نام خانوادگی مسئول بهبود روشهای مرکز:	شماره تماس مسئول بهبود روشها:	
عنوان اقدام برجسته:	تاریخ/ بازه زمانی اجرای اصلاحات:	
حوزه عملکردی: <input type="checkbox"/> اصلاح فرآیند <input type="checkbox"/> مدیریت هزینه <input type="checkbox"/> تولید <input type="checkbox"/> اشتغال زایی <input type="checkbox"/> افزایش درآمد <input type="checkbox"/> کاهش زمان انتظار <input type="checkbox"/> افزایش رضایتمندی <input type="checkbox"/> کاهش خطا <input type="checkbox"/> مدیریت سرمایه انسانی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> مدیریت تجهیزات و تکنولوژی <input type="checkbox"/> الکترونیکی کردن خدمات <input type="checkbox"/> نرم افزارهای کاربردی <input type="checkbox"/> سبک مدیریتی <input type="checkbox"/> هوشمندسازی <input type="checkbox"/> کاهش مراجعات <input type="checkbox"/> تغییر نقشه ساختمان <input type="checkbox"/> افزایش ظرفیت <input type="checkbox"/> سایر موارد		
شرح وضع موجود قبل از بهبود (یک پاراگراف):		
شاخص/شاخص های اندازه گیری وضع موجود:	مقدار شاخص قبل از بهبود:	مقدار شاخص پس از بهبود:
مستند/مستندات استخراج داده های اثبات مقادیر اظهار شده قبل و بعد از بهبود چیست؟		
راه حل و روش بکار گرفته شده جهت اصلاح شرایط موجود که منجر به موفقیت آن مرکز شده است:		
شرح شرایط اجرای فرآیند پس از انجام اقدامات اصلاحی (یک پاراگراف):		