



بسمه تعالی  
فرم شناسنامه خدمت

۱- عنوان خدمت: ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها		۲- شناسه خدمت: ۱۶۰۵۱۶۶۰۱۰۰ (این شناسه توسط سازمان اداری و استخدامی کشور ارائه شده است.)	
۳- ارائه کننده خدمات	نام دستگاه اجرایی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک		
	نام دستگاه مادر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان غذا و دارو		
۴- مشخصات خدمت	شرح خدمت در صورت استفاده از داروها و مشاهده عوارض جانبی در بیمار توسط بیمار یا پرستار یا پزشک، مشخصات دقیق عوارض مشاهده شده در فرم ثبت عوارض ناخواسته دارویی (به صورت فیزیکی یا آنلاین) توسط پزشک یا سایر کادر درمانی قابل ثبت و ارسال به سازمان غذا و دارو می باشد.		
	نوع خدمت <input checked="" type="checkbox"/> خدمت به شهروندان (G2C) <input type="checkbox"/> خدمت به کسب و کار (G2B) <input type="checkbox"/> خدمت به دیگر دستگاه های دولتی (G2G)		
	ماهیت خدمت <input checked="" type="checkbox"/> حاکمیتی <input type="checkbox"/> تصدی گری		
	سطح خدمت <input checked="" type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> منطقه ای <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی		
	رویداد مرتبط با <input type="checkbox"/> تولد <input type="checkbox"/> آموزش <input checked="" type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> مالیات <input type="checkbox"/> کسب و کار <input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> ثبت مالکیت <input type="checkbox"/> تأسیسات شهری <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> ازدواج <input type="checkbox"/> بازنشستگی <input type="checkbox"/> مدارک و گواهینامه ها <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> سایر		
	نحوه آغاز خدمت <input checked="" type="checkbox"/> تقاضای گیرنده خدمت <input type="checkbox"/> فرارسیدن زمانی مشخص <input checked="" type="checkbox"/> رخداد رویدادی مشخص <input type="checkbox"/> تشخیص دستگاه <input type="checkbox"/> سایر: ...		
	مدارک لازم برای انجام خدمت ثبت فرم ADR (عوارض جانبی دارو) به صورت فیزیکی یا آنلاین		
	قوانین و مقررات بالادستی شیوه نامه چگونگی ثبت عوارض دارو		
	آمار تعداد خدمت گیرندگان ۴۰۰ خدمت گیرنده در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input checked="" type="checkbox"/> سال		
	۵- هزینه های خدمت	متوسط مدت زمان ارائه خدمت دو روز	
تواتر <input checked="" type="checkbox"/> یک بار برای همیشه ..... بار در: <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> فصل <input type="checkbox"/> سال			
تعداد بار مراجعه حضوری یک بار			
هزینه ارائه خدمت (ریال) به خدمت گیرندگان مبلغ (مبالغ)			
پرداخت به صورت الکترونیک شماره حساب (های) بانکی			
<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> -			



سامانه ثبت گزارش عوارض و اشتباهات دارو پزشکی

مراحل خدمت	نوع ارائه	رسانه ارتباطی خدمت
در مرحله اطلاع رسانی خدمت	الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> سایر:
	غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/>	<b>تذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input type="checkbox"/> سایر: مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی
در مرحله درخواست خدمت	الکترونیکی <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند وبگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <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"/> سایر:
	غیر الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/>	<b>تذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> <input checked="" type="checkbox"/> جهت احراز اصالت فرد <input type="checkbox"/> جهت احراز اصالت مدرک <input type="checkbox"/> نبود زیرساخت ارتباطی مناسب <input checked="" type="checkbox"/> سایر: مراجعه بیمار به اولین مرکز درمانی جهت گزارش عارضه ایجاد شده در وی مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input checked="" type="checkbox"/> شهرستانی
مرحله تولید خدمت (فرآیند داخل دستگاه یا ارتباط با دیگر دستگاهها)	الکترونیکی <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند اینترانت داخلی دستگاه یا ERP) <input type="checkbox"/> اینترنتی (مانند درگاه دستگاه) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input type="checkbox"/> سایر:
	غیر الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/>	<b>تذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> بررسی عارضه ایجاد شده در بیمار توسط پزشک یا سایر کادر درمانی
در مرحله ارائه خدمت	الکترونیکی <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> اینترنتی (سامانه ثبت گزارش عوارض و اشتباهات دارو پزشکی) <input type="checkbox"/> پست الکترونیک <input checked="" type="checkbox"/> تلفن همراه (برنامه کاربردی) <input type="checkbox"/> تلفن گویا یا مرکز تماس <input type="checkbox"/> دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> عناوین مشابه دفاتر پیشخوان <input type="checkbox"/> سایر:
	غیر الکترونیکی <input type="checkbox"/>	<b>تذکر ضرورت مراجعه حضوری</b> مراجعه به دستگاه: <input type="checkbox"/> ملی <input type="checkbox"/> استانی <input type="checkbox"/> شهرستانی

۶- نحوه دسترسی به خدمت

نام سامانه های دیگر	فیلدهای مورد تبادل	
	استعلام الکترونیکی (Online) برخط	استعلام دسته ای (Batch)
اتوماسیون اداری	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۷- ارتباط خدمت با سایر سامانه ها (بازگشت های اطلاعاتی) در دستگاه

استعلام غیر الکترونیکی توسط:	استعلام الکترونیکی		مبلغ (در صورت پرداخت هزینه)	فیلدهای مورد تبادل	نام سامانه‌های دستگاه دیگر	نام دستگاه دیگر	
	مراجعه‌کننده دستگاه	Batch					(Online) برخط
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	-	مشخصات کامل بیمار و عارضه ایجاد شده و مشخصات کامل دارویی که ایجاد عارضه کرده است	اتوماسیون اداری	کلینیک مراکز درمانی خصوصی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-

ارتباط خدمت با سایر دستگاه‌های دیگر

۱- مراجعه بیمار به اولین مرکز درمانی جهت گزارش عارضه ایجاد شده در وی

۲- مراحل بررسی عارضه ایجاد شده توسط پزشک یا سایر کادر درمانی

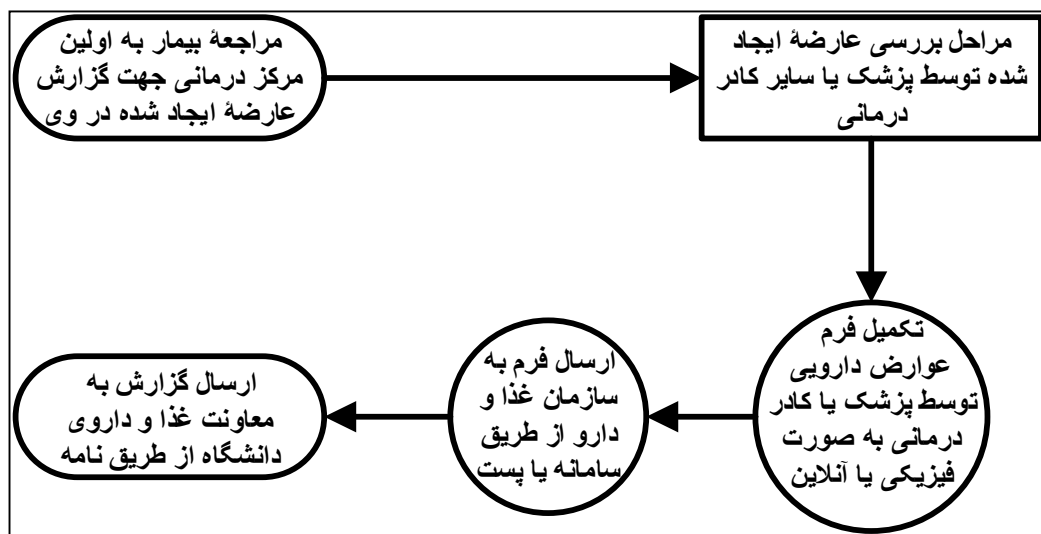
۳- تکمیل فرم عوارض دارویی توسط پزشک یا کادر درمانی به صورت فیزیکی یا آنلاین

۴- ارسال فرم به سازمان غذا و دارو از طریق سامانه یا پست

۵- ارسال گزارش به معاونت غذا و دارو دانشگاه از طریق نامه

۹- عناوین فرایندهای خدمت

۱۰- نمودار ارتباطی فرایندهای خدمت



ارائه دهنده اطلاعات

نام و نام خانوادگی	سمت	تلفن	پست الکترونیک	واحد مربوط
دکتر آزاده ناظری	رئیس اداره نظارت بر دارو و مواد تحت کنترل	۳۳۶۶۴۶۰۰	Azadehnazeri@yahoo.com	معاونت غذا و دارو