

فرم بسته اطلاع رسانی خدمت

شناسه خدمت: ☒ دارد ☐ ندارد	عنوان خدمت: ارائه خدمات آزمایشگاهی
شناسه خدمت: ۱۶۰۲۲۵۷۳۱۰۸	نوع خدمت: ☒ ترکیبی ☐ الکترونیکی ☐ حضوری
۱) شرح خدمت: انجام آزمایشات مربوط به بیماران بستری در بیمارستان	
۲) مراحل انجام کار: پذیرش بیمار در سامانه HIS و ثبت درخواست آزمایش توسط پرستار بخش	
۳) مدارک مورد نیاز: سوابق بیمه ای و درخواست پزشک برای انجام آزمایش	
۴) مدت زمان انجام خدمت: بسته به نوع تقاضا متفاوت است - ۲۴ ساعت	
۵) هزینه های انجام خدمت: طبق تعرفه وزارت بهداشت	
۶) مدت زمان اعتبار مجوز صادره: -	
۷) قوانین و مقررات مربوط به خدمت: دستورالعمل های مربوط به نوع نمونه گیری در محیط	
۸) برنامه روزانه و ساعتی ارائه خدمت به صورت دقیق: ثبت تقاضا و انجام آزمایش بصورت ۲۴ ساعته	
۹) نحوه ارائه خدمت و آدرس محل های فیزیکی یا الکترونیکی: آزمایشگاه بیمارستان های تحت پوشش	
۱۰) استعلام های مورد نیاز از سایر دستگاه ها برای خدمت و زمان پاسخ به آنها: -	
پاسخ به سوالات متداول در خصوص خدمات و فرآیندهای آنها به صورت جامع: ساعت انجام آزمایشات خاص مانند تست های تیروئیدی: روزهای فرد هفته به جز ایام تعطیل زمان جوابدهی برای تست های مختلف: با توجه به نوع تست از یک تا ۲۴ ساعت متغیر است امکان درخواست تکرار یک تست: با نظر پزشک به صورت رایگان و طبق برنامه ی زمان بندی انجام تست صورت خواهد گرفت	
۱۱) معرفی یک نفر مطلع و مشرف به هر خدمت و فرآیندهای آن و نحوه تماس با وی: خانم ملیحه جوانبخت ۰۵۱-۵۷۲۲۱۹۱۲	
۱۲) نحوه اعلام شکایت، رویه پیگیری آن و تعیین مدت زمان ارائه پاسخ شکایت به ارباب رجوع: شکایت بطور تلفنی و یا حضوری	
۱۳) نحوه جبران خسارت، رویه پیگیری آن و تعیین مدت زمان پرداخت خسارت به ارباب رجوع: موضوعیت ندارد	

۱۴) معرفی سایر مراجع نظارتی برای احقاق حق در صورت عدم ارائه پاسخ مناسب و شایسته به شکایت و جبران خسارت:
اداره امور آزمایشگاه ها- اداره بازرسی به شکایات دانشگاه علوم پزشکی گناباد