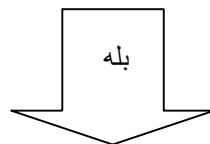
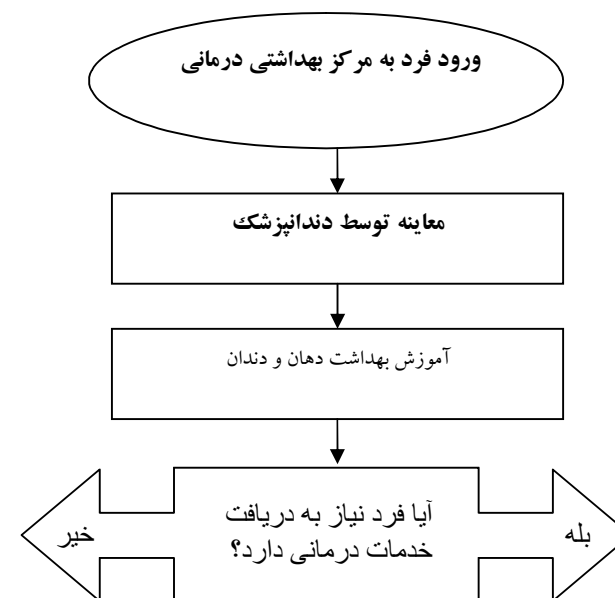


|                                                                                             |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| بسمه تعالی                                                                                  |                                                                                                              |
| تاریخ: ۸۸/۶/۱۵                                                                              | کد:                                                                                                          |
| دفتر / اداره کل / مرکز<br>مرکز بهداشت شهرستان                                               | نام گروه / اداره<br>واحد بهداشت دهان و دندان                                                                 |
| عنوان فرایند:                                                                               |                                                                                                              |
| انجام خدمات دهان و دندان                                                                    |                                                                                                              |
| خدمت گیرندگان:<br>کودکان زیر ۶ سال – کودکان ۶ تا ۱۲ سال – مادران باردار – سایر گروه های سنی | خدمت دهندگان:<br>واحد بهداشت دهان و دندان – دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی – دندانپزشکان بخش خصوصی |
| لیست مدارک و اطلاعات فرم های مورد نیاز:                                                     |                                                                                                              |
| - فرم ۱-۱۰۳<br>- فرم ۲-۱۰۳                                                                  |                                                                                                              |
| لطفاً سه نسخه از هریک از فرمهای مورد استفاده ضمیمه گردد.                                    |                                                                                                              |
| تاریخ: ۸۸/۶/۱۵                                                                              | کد:                                                                                                          |

| شرح مراحل انجام کار:                                                    |                                                                             |                             |       | تعداد کل مراحل:         |  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|-------------------------|--|
| ردیف                                                                    | عنوان هر مرحله                                                              | نحوه انجام کار در این مرحله | زمان  | ارتباط آن با سایر مراحل |  |
| ۱                                                                       | ورود فرد به مرکز بهداشتی درمانی با در دست داشتن فرم ارجاع                   | حضور                        | متغیر | غیر مستقیم              |  |
| ۲                                                                       | معاینه توسط دندانپزشک                                                       | حضور                        | ۱۰    | مستقیم                  |  |
| ۳                                                                       | تعیین خدمات درمانی مورد نیاز و توضیح به فرد                                 | حضور                        | ۱۰    | مستقیم                  |  |
| ۴                                                                       | تعیین وقت در صورتی که خدمت قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی باشد           | حضور                        | ۵     | مستقیم                  |  |
| ۵                                                                       | ارجاع به بخش خصوصی در صورتی که خدمت قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی نباشد | حضور                        | ۵     | مستقیم                  |  |
| ۶                                                                       | آموزش بهداشت به هر یک از مراجعین                                            | حضور                        | ۱۵    | مستقیم                  |  |
| ۷                                                                       | انجام خدمت تعیین شده در زمان معین                                           | حضور                        | متغیر | مستقیم                  |  |
| مدت زمان انجام کار: متغیر می باشد                                       |                                                                             |                             |       |                         |  |
| مسئولیتها و اختیارات: آموزش بهداشت و ارائه خدمت و یا ارجاع به بخش خصوصی |                                                                             |                             |       |                         |  |
| مسئول یا مجری:<br>دندانپزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی              |                                                                             |                             |       |                         |  |
| تاریخ: ۸۸/۶/۱۵                                                          |                                                                             |                             |       |                         |  |
| قوانین و مقررات:                                                        |                                                                             |                             |       |                         |  |
| فن آوری مورد استفاده:                                                   |                                                                             |                             |       |                         |  |
| کد:                                                                     |                                                                             |                             |       |                         |  |

## نمودار گردش کار :



آیا خدمات مورد نظر قابل ارائه در مرکز بهداشتی درمانی می باشند

توضیح به فرد

توضیح به فرد

ارجاع به بخش خصوصی در صورت موافقت فرد

تعیین وقت

ارائه خدمت در زمان تعیین شده