



سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح

شماره: ۴۸۲۸/۰۲/۱۱۱/۴/۲۸۶۵

تاریخ: ۱۴۰۲/۱۲/۱۲

پیوست: دارد

طبقه بندی: فاقد طبقه بندی

فوریت: عادی

از: اداره کل تأمین اجتماعی نیروهای مسلح استان خوزستان - مدیریت خدمات درمانی

به: گیرندگان محترم ذیل:

موضوع: اطلاعات HIS مراکز درمانی جهت راه اندازی وب سرویس سامانه نسخه الکترونیک (سنا)

مدار توزم، رشد تولید

سلام علیکم

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی دزفول

معاونت محترم درمان و داروی دانشگاه علوم پزشکی آبادان

معاونت محترم درمان دانشکده علوم پزشکی بهبهان

معاونت محترم درمان دانشکده علوم پزشکی شوشتر

با سلام و صلوات بر حضرت محمد (ص) و خاندان پاکش و با احترام با عنایت به راه اندازی وب سرویس (API) سامانه نسخه الکترونیک نیروهای مسلح (سنا)، در این فاز توسط مراکز بیمارستانی، آزمایشگاه‌ها، تصویربرداری و مطب‌های طرف قرارداد با شرایط زیر قابل بهره برداری می‌باشد. لذا خواهشمند است دستور فرمایید به نحو مقتضی به مراکز درمانی اطلاع رسانی گردد.

- ۱- تکمیل فرم اطلاعات پیوست برای هر مرکز درمانی که به تأیید (مهر و امضا) مدیر / مسئول فنی مرکز و مدیر شرکت تولید کننده نرم افزار مرکز درمانی رسیده باشد.
- ۲- با توجه به نوع تبادل اطلاعات در این دوره از اجرای طرح، ارائه IP Static از سوی مرکز درمانی الزامی می‌باشد.
۳. فرم پیوستی پس از تکمیل تا تاریخ ۲۲/۱۲/۱۴۰۲ به شعب سازمان در سطح استان (شهرستان‌های اهواز، بهبهان، آبادان، دزفول و مسجد سلیمان) تحویل گردد.

مدیر کل تأمین اجتماعی نیروهای مسلح استان خوزستان

کارمند رتبه اول آجا سعید اختلاط

طبقه بندی: ندارد		فرم اطلاعات مرکز درمانی و سامانه HIS مرکز			
اطلاعات مرکز درمانی					
نام مرکز درمانی:			نام و نام خانوادگی مدیر مرکز:		
تلفن همراه:		استان:		شهر:	
آدرس مرکز درمانی:					
نوع مرکز: <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> جراحی محدود <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> مستقل					
ماهیت مرکز: <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> دولتی دانشگاهی <input type="checkbox"/> دولتی غیر دانشگاهی <input type="checkbox"/> غیردولتی <input type="checkbox"/> نظامی					
IP Valid مرکز:		کد مرکز درمانی (ساخت):		کد سیام:	
اطلاعات HIS					
نام نرم افزار:			عنوان شرکت / موسسه:		
نوع نرم افزار: <input type="checkbox"/> مطب <input type="checkbox"/> داروخانه <input type="checkbox"/> آزمایشگاه <input type="checkbox"/> تصویربرداری <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی					
نام و نام خانوادگی مدیر فنی شرکت:					
تلفن تماس ثابت با کد شهر:		تلفن همراه:			
وضعیت تائیدیه افتا: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در حال ارزیابی <input type="checkbox"/> ثبت نام کرده <input type="checkbox"/> ندارد					
گواهینامه تبادل اطلاعات با دیتاس: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> در حال ارزیابی <input type="checkbox"/> ثبت نام کرده <input type="checkbox"/> ندارد					
گواهینامه تبادل اطلاعات با بیمه ها: <input type="checkbox"/> بیمه سلامت <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> بیمه های تجاری					
توضیحات:					
تائید مدیر خدمات درمانی استان		تائید مدیر مرکز درمانی		تائید مدیر شرکت	