

سامانه نسخه الكترونيك

۱/۸۳

دفتر راهبري سيستم ها

مهر ۹۷

فهرست:

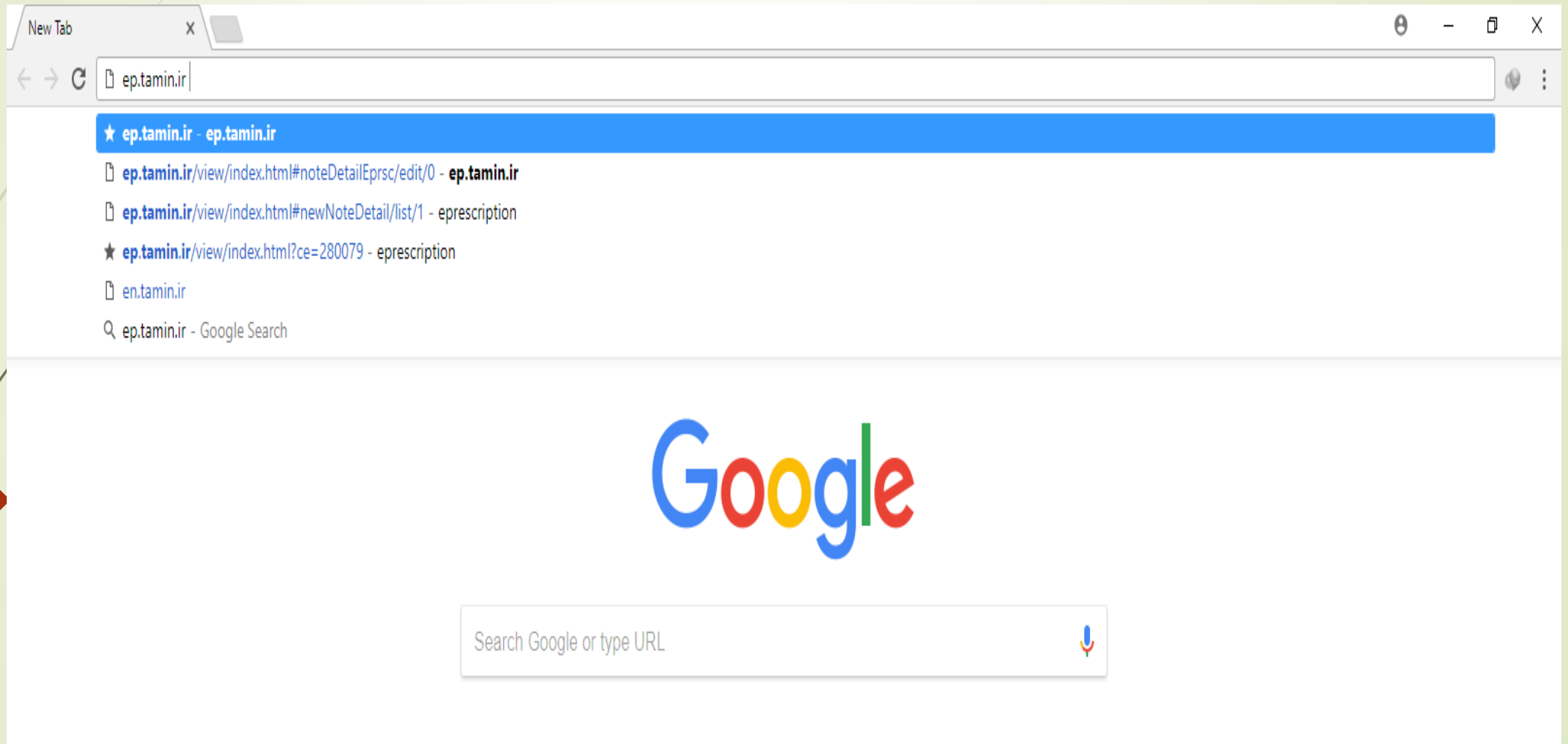
- پیش نیاز مطب پزشک
- ثبت نام پزشک
- ثبت نسخه

پیش نیاز مطب پزشک:

- یک دستگاه کامپیوتر
- اینترنت
- نصب مرورگر های chrome یا firefox
- نصب adobe reader

ثبت نام پزشک:

آدرس سایت: ep.tamin.ir





ورود به سیستم

ورود با نام کاربری

نام کاربری (کد ملی)

User Name

گذرواژه

Password



من ریبات نیستم

reCAPTCHA
خرید خصوصی - شرایط

ورود

ثبت نام | راهنمای ثبت نام | ثبت نام پزشکان | بازیابی گذرواژه

از مرورگر های مطمئن و بروز مانند گوگل کروم و فایرفاکس استفاده کنید.

رمز عبور خود را در فواصل زمانی کوتاه تغییر دهید.

به منظور بالا بردن امنیت، از صفحه کلید مجازی استفاده نکنید.

پس از انجام و اتمام کار، حتما از سیستم خارج شوید.

هرگز نام کاربری و رمز خود را در اختیار دیگران قرار ندهید.

پزشک محترم

لطفا پیش از استفاده از سرویس نسخه الکترونیک سازمان تأمین اجتماعی متن زیر را به دقت مطالعه فرمائید.

- نام کاربری و رمز عبور به شما اختصاص یافته است لذا مسئولیت حقوقی استفاده از آن به عهده شما خواهد بود. از در اختیار قرار دادن آن به افراد دیگر خودداری فرمایید.
- به ازاء هربار اتصال به سیستم، جهت اطلاع شما یک پیامک ارسال خواهد شد.
- اطلاعات تشخیصی و درمانی قبلی بیمار توسط پزشک معالج قابل دسترسی است، لذا مسئولیت حفظ اسرار بیمار به عهده پزشک معالج است.
- محدودیتی در تعداد نسخ دارو و پاراکلینیک (تصویربرداری، آزمایشگاه تشخیص طبی و ...) وجود ندارد لذا می‌توان در یک جلسه ویزیت چند نسخه برای بیمار تجویز نمود.
- نسخه تجویزی توسط پزشک در کلیه مراکز دارویی و پاراکلینیکی طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی قابل رؤیت است.
- تا قبل از اتمام مراحل نسخه پیچی در داروخانه و یا اتمام انجام خدمات در مراکز پاراکلینیک نسخه توسط پزشک معالج قابل ویرایش است.
- در صورت قطعی سیستم، تجویز نسخه در دفترچه بیمار بلامانع است. در این موارد ذکر ساعت دقیق قطعی سیستم بر روی نسخه ضروری است.

تمامی شرایط و ضوابط را مطالعه کرده و آن را قبول دارم.

اطلاعات هویتی

نام	يعقوب	نام خانوادگی	ابراهيم	*کدملی	0038431981
تاریخ تولد	1353/12/01	جنسیت:	مرد	آدرس ایمیل	aghobraham@yahoo.com
تلفن همراه	09387859565				

*پزشکان محترم اتباع بیگانه لطفا در محل درج اطلاعات کد ملی شناسه یکتا 13 رقمی را وارد نمایید

اطلاعات ورود به سیستم

کلمه عبور	<input type="password"/>	تکرار کلمه عبور	<input type="password"/>
سوال امنیتی 1	انتخاب کنید	پاسخ 1	<input type="text"/>
سوال امنیتی 2	انتخاب کنید	پاسخ 2	<input type="text"/>
سوال امنیتی 3	انتخاب کنید	پاسخ 3	<input type="text"/>

اطلاعات هویتی

نام	یعقوب	نام خانوادگی	ابراهیم	*کد ملی	0038431981
تاریخ تولد	1353/12/01	جنسیت:	مرد	آدرس ایمیل	aghobebrahim@yahoo.com
تلفن همراه	09387859565				

*پزشکان محترم اتباع بیگانه لطفا در محل درج اطلاعات کد ملی شناسه یکتا 13 رقمی را وارد نمایید

<input type="text"/>	تکرار کلمه عبور	<input type="password"/>	کلمه عبور
<input type="text"/>	پاسخ 1	▼	سوال امنیتی 1 انتخاب کنید
<input type="text"/>	پاسخ 2	▼	سوال امنیتی 2 انتخاب کنید
<input type="text"/>	پاسخ 3	▼	سوال امنیتی 3 انتخاب کنید

تکرار کلمه عبور	کلمه عبور
پاسخ 1	زرد	سوال امنیتی 1	رنگ مورد علاقه شما چیست
پاسخ 2	محبی	سوال امنیتی 2	نام یکی از معلمین دوره د
پاسخ 3	تهران	سوال امنیتی 3	شما در چه شهری متولد

سازمان تامین اجتماعی - ثبت نام

Secure | https://ep.tamin.ir/view/index.html?account=true#registrationView/0

ثبت نام

اطلاعات هویتی

نام	یعقوب	نام خانوادگی	ابراهیم	*کدملی	0038431981
تاریخ تولد	1353/12/01	جنسیت:	مرد	آدرس ایمیل	aghobebrahim@yahoo.com
تلفن همراه	09387859565				

*پزشکان محترم اتباع بیگانه لطفا در محل درج اطلاعات کد ملی شناسه یکتا 13 رقمی را وارد نمایید

اطلاعات ورود به سیستم

کلمه عبور	تکرار کلمه عبور
سوال امنیتی 1	رنگ مورد علاقه شما چیست	پاسخ 1	زرد
سوال امنیتی 2	نام یکی از معلمان دوره د	پاسخ 2	محبی
سوال امنیتی 3	شما در چه شهری متولد	پاسخ 3	تهران

انصراف قبلی بعدی

سازمان تامین اجتماعی - ثبت نام

Secure | https://ep.tamin.ir/view/index.html?account=true#registrationView/0

ثبت نام

شماره نظام پزشکی 83

اطلاعات تحصیلی

نوع فعالیت: انتخاب کنید | نوع تخصصی: انتخاب کنید | مدرک تحصیلی: انتخاب کنید | محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی: انتخاب کنید | سال اخذ مدرک: سال اخذ مدرک:

اطلاعات شعبه

پزشک طرف قرارداد با سازمان تامین اجتماعی میباشم.
 پزشک محترم در صورتیکه دارای بیش از یک محل فعالیت میباشید لطفا پس از درج اطلاعات محل فعالیت اصلی در قسمت زیر با فشردن کلید اضافه در پایین فرم اطلاعات سایر محلهای فعالیت خود را وارد فرمائید.

محل فعالیت اول

محل طبابت: انتخاب کنید | استان محل فعالیت: انتخاب کنید | شهر محل فعالیت: انتخاب کنید | نوع فعالیت: انتخاب کنید | تلفن محل فعالیت: تلفن محل فعالیت: | آدرس محل فعالیت: آدرس محل فعالیت: | کد پستی ده: کد پستی ده: | ردفنی محل فعالیت: ردفنی محل فعالیت: | هیت علمی: هیت علمی جغرافیایی:

درج محل فعالیت دوم

قبلی ذخیره انصراف

شماره نظام پزشکی 83

انتخاب کنید

محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی:

انتخاب کنید

البته اصلی در قسمت زیر با فشردن کلید اضافه در پایین فرم اطلاعات سایر محل‌های فعالیت خود را وارد فرمائید.

انتخاب کنید

شهر محل فعالیت

انتخاب کنید

آدرس محل فعالیت:

شماره نظام پزشکی 0000000083

اطلاعات تحصیلی

نوع فعالیت:	پزشک	نوع تخصص:	عمومی	محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی:	انتخاب کنید	سال اخذ مدرک:	
-------------	------	-----------	-------	----------------------------	-------------	---------------	--

اطلاعات شغلی

پزشک طرف قرارداد با سازمان تامین اجتماعی میباشم.
 پزشک محترم در صورتیکه دارای بیش از یک محل فعالیت میباشید لطفا پس از درج اطلاعات محل فعالیت اصلی در قسمت زیر با فشردن کلید اضافه در پایین فرم اطلاعات سایر محلهای فعالیت خود را وارد فرمائید.

محل فعالیت اول

محل طبابت:	انتخاب کنید	استان محل فعالیت:	انتخاب کنید	شهر محل فعالیت:	انتخاب کنید	نوع فعالیت:	انتخاب کنید	
نوع شیفت کاری:	انتخاب کنید	هیئت علمی:	<input type="checkbox"/>	هیئت علمی جغرافیایی:	<input type="checkbox"/>	تلفن محل فعالیت:		
کد پستی ده رقمی محل فعالیت:		آدرس محل فعالیت:					درج محل فعالیت دوم:	

قبلی ذخیره انصراف

شماره نظام پزشکی 0000000083

اطلاعات تحصیلی

سال اخذ مدرک:	<input type="text"/>	محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی: انتخاب کنید	<input type="text"/>	نوع تخصص:	عمومی	نوع فعالیت:	پزشک
---------------	----------------------	---	----------------------	-----------	-------	-------------	------