

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่..... ๐๙๕
วันที่..... ๒๑ ก.พ. ๒๕๖๐
เวลา..... ๑๖.๒๐
ที่ สธ ๐๓๑๘ / ๓๘๘๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่..... ๑๕๔๓
วันที่..... 21 ก.พ. 2560
เวลา..... ๐9.13
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๐

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจัดอบรม
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๐ ในระหว่างวันที่ ๕-๙ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลที่ได้รับการอบรมแกนนำโรคไข้เลือดออก มีองค์ความรู้ในเรื่องของโรคไข้เลือดออก และเข้าใจปัญหาอาการของผู้ป่วย เพื่อสามารถเป็นที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และประสานงานกับทีมแพทย์ในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการตายของผู้ป่วยในการระบาดของโรคไข้เลือดออกปี ๒๕๖๐ โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน ๒๗ คน

ในการนี้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรม โดยจัดเก็บค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) สำหรับผู้เข้าร่วมอบรมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สามารถเข้าร่วมอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลาและให้เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี จึงขอความกรุณาผู้ประสงค์เข้าร่วมอบรมรอกใบสมัครพร้อมจัดส่งใบสมัครมาที่ ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณวไลพร เพื่องสูงเนิน กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓, ๐๘๘ ๘๗๔-๕๖๗๔ โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ เปิดรับสมัครวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐ และปิดรับสมัครเมื่อผู้เข้าร่วมอบรมครบตามจำนวน การชำระค่าลงทะเบียนตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร..... (ชื่อ รศ. ทศานันท์/ส.ส.อ. ทศานันท์) รง

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

ศุภรัตน์ วงษ์ชัย

นักวิชาการสาธารณสุข

๒๒ ก.พ. ๖๐

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายสุชิน คันสร)

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพทัน รักษาการในตำแหน่ง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

E-mail: qsnich.training@gmail.com ลงทะเบียนออนไลน์ : www.childrenhospital-training.com

ตารางอบรมแผนนำพยาบาลโรคไข้เลือดออกสู่รับพยาบาล วันที่ 5 - 9 มิถุนายน 2560

ณ ห้องประชุมอาคารศาลาภิรมย์ ชั้น 11 สถาบันสุขภาพเด็กมหาลาสิ

วันที่	08.30 - 09.00 น.	09.00 - 09.30 น.	09.30 - 11.00 น.	11.00 - 12.00 น.	13.00 - 14.30 น.	14.45 - 15.45 น.	15.45 - 16.30 น.
จันทร์ 5 มิถุนายน 2560	ลงทะเบียน ตรวจคอก กายตั้งและ เด็กล่า	พิธีเปิด ทำ Pre test	Dengue overview พญ สุจิตรา นินนังนิตย์ ที่ปรึกษาศูนย์ไข้เลือดออก	Immunopathogenesis นพ. ชานนท์ ศรีเกียรติวง AFRIMS USA	ภาควิชาจุลชีววิทยา โรคไข้เลือดออก พญ พัทธิดา เทียม สิริคุตต์ แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	Hematologic charge in Dengue พญ.จตุรพร มีนภัฏกุลนะ หน่วยโลหิตวิทยา	ดูงานเด็กไข้เลือดออก รศนา สุภาพ นันทิดา
อังคาร 6 มิถุนายน 2560	08.00 - 09.00 น. Rolie's Nurses for Monitoring Dengue Patients. รศนา วสิริรัตนภา หัวหน้าเด็กไข้เลือดออก	09.00 - 10.30 น. การรักษามุ่ยป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน พญ ประจวบ ประดิษฐ์ ณ.อยุธยา แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	10.45 - 12.00 น. ภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน พญ. นิยดา วิชาศัย หน่วยโรคทางเดินอาหาร	13.00 - 13.45 น. การตรวจเชื้อทาง Serology/Virology ในหอผู้ป่วยวิกฤต	14.00 - 15.30 น. การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ในหอผู้ป่วยวิกฤต	14.45 - 15.30 น. การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ในหอผู้ป่วยวิกฤต	15.30 - 16.30 น. การแนะนำการทำ กรณีศึกษา
พุธ 7 มิถุนายน 2560	08.00 - 09.00 น. แนวทางการรายงานอาการ ผู้ป่วยและเกณฑ์ Dengue Chart คุณสุภาพ บัวบาน พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก	09.00 - 10.00 น. สถานการณ์ไข้เลือดออก ระบาควิทยา นศ.พญ. สราภรณ์ ล้อพุทธศรี นิยม คณะกรรมการศูนย์ไข้เลือดออก	10.00 - 12.00 น. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่มีภาวะแทรกซ้อน รศนา วสิริรัตนภา	13.00 - 14.30 น. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในโรคไข้เลือดออก พญ ประจวบ ประดิษฐ์ ณ.อยุธยา แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	14.45 - 16.00 น. การประเมินและรักษาผู้ป่วย ไข้เลือดออกภาวะช็อก ที่งานผู้ป่วยนอก นพ.รัชฎ์รัฐ บุณนาค งานผู้ป่วยนอก	14.45 - 16.00 น. การประเมินและรักษาผู้ป่วย ไข้เลือดออกภาวะช็อก ที่งานผู้ป่วยนอก	16.00 - 16.30 ชมผลงานที่ทำการรักษา ในผู้ป่วยไข้เลือดออก รศนา วสิริรัตนภา
พฤหัสบดี 8 มิถุนายน 2560	08.00 - 09.00 น. การบันทึกทางพยาบาลแบบ AIE ของศูนย์ไข้เลือดออก คุณหนัดดา ปานเงิน พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก	09.00 - 12.00 น. การเตรียมกรณีศึกษาผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยพยาบาลผู้เข้าอบรมตามกลุ่มที่จัดแบ่ง ที่ปรึกษา รศนา วสิริรัตนภา สุภาพ บัวบาน นันทิดา สุมพรทรวุฒิ พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก	11.00 - 12.00 น. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่มีภาวะช็อก พญ สุจิตรา เทียม สิริคุตต์ พญ. ชูเกียรติ เกียรติจิจร	13.00 - 14.30 น. ภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก นพ. ชูเกียรติ เกียรติจิจร	14.45 - 15.45 น. แนวทางพยาบาลผู้ป่วยรักษา CRRT พญ.นันทิดา สุนเจิมศิริ พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยหนัก	14.45 - 15.45 น. แนวทางพยาบาลผู้ป่วยรักษา CRRT พญ.นันทิดา สุนเจิมศิริ พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยหนัก	
ศุกร์ 9 มิถุนายน 2560	08.00 - 09.00 น. ปัญหาทางการพยาบาล และการเตรียมรับสถานการณ์ โรคไข้เลือดออก รศนา วสิริรัตนภา	09.00 - 12.00 น. การนำเสนองานกรณีศึกษา ศูนย์ปัญหาตามตบ และขีดเคบนะ นำเสนอายกลุ่ม พญ สุจิตรา เทียม สิริคุตต์ รศนา สุภาพ นันทิดา	13.00 - 14.00 น. Pre-test และประเมินผลการจัดการอบรม	14.00 - 16.00 น. พิธีปิดการอบรมและ แจกประกาศนียบัตร			

พิธีรับประกาศนียบัตร 15 นาที ช่วงเช้าและบ่าย ทุกวัน

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๐

วันที่ ๕ - ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า นาย นาง นางสาว

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์
 อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม นามบุคคลลงทะเบียน อื่น ๆ ระบุ

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อิสลาม ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร
(หมายเลขโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เฟื่องสูงเนิน
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓,๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

- หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียน
ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน "อบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี 2560"



Company Code: 9616

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 5,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9616

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมเชิงปฏิบัติการ "แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สำหรับพยาบาล ประจำปี 2560" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ประเภทการชำระ	รายละเอียด	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.	
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words	

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์