



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น  
 รับเลขที่ 26 พ.ย. 2562  
 วันที่ 26 พ.ย. 2562  
 เวลา 10.55

ที่ ศธ.0521.1.0603/พิเศษ

ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

18 พฤศจิกายน 2562

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ  
 เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครเข้าอบรม จำนวน 1 ชุด

ด้วยภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับคณะพยาบาล  
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล  
 เวชปฏิบัติทางจักษุ (Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner) โดยมีวัตถุประสงค์  
 เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล  
 กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic  
 Care) รวมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยี  
 สมัยใหม่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา ตามระบบสุขภาพและนโยบาย  
 สาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล โดยผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับ CNEU  
 50 หน่วยคะแนน โดยอบรมระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 - 31 พฤษภาคม 2563 ณ ภาควิชา  
 จักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รับสมัครผู้เข้าอบรมจำนวน 24 คน (ค่าลงทะเบียน  
 คนละ 40,000 บาท)

ในการนี้ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ  
 บุคลากรพยาบาลในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตร ฯ ดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และเบิกค่าลงทะเบียน  
 ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และอื่น ๆ ได้ตามระเบียบต้นสังกัด โดยให้สมัครให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 11 ธันวาคม 2562  
 จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมอบรมดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์แมนสิงห์ รัตนสุคนธ์)

หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา

ภาควิชาจักษุวิทยา

โทรศัพท์ 0-7442-9619 , 0-7445-1380-1

โทรสาร 0-7442-9619



การมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อในผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ขึ้นไป  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail.....

ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... มหาวิทยาลัย/โรงพยาบาล.....

ฝึกปฏิบัติที่ภาควิชา/หน่วยงาน..... ช่วงเวลาเข้าฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่..... ถึง.....

ผู้ที่เข้าฝึกปฏิบัติต้องดำเนินการแสดงหลักฐานการตรวจว่าเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน/ได้รับวัคซีนคุ้มกันโรคติดต่อ ดังนี้

1. โรคหัด

เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ.....  เคยเป็นโรคเมื่อ.....

เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

2. โรคหัดเยอรมัน

เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ.....  เคยเป็นโรคเมื่อ.....

เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

3. โรคคางทูม

เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ.....  เคยเป็นโรคเมื่อ.....

เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ

4. โรคไวรัสตับอักเสบบี

เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ.....  เคยเป็นโรคเมื่อ.....

เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

5. โรคสุกใส

เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ.....  เคยเป็นโรคเมื่อ.....

เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

6. ใช้หวัดใหญ่

เคยฉีดวัคซีนป้องกันครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกัน ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

ลงชื่อ .....

( ..... ) แพทย์ผู้รับรอง

วันที่ ...../...../.....

เงื่อนไข/ข้อกำหนดก่อนเข้าฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ :

1. นักศึกษาต้องทำหนังสือแจ้งความประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมส่งเอกสารแสดงหลักฐานการมีภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ
2. หากมีข้อสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0-7445-1092



