



สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
 คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต
 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 5
 เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ ห้วยขวาง บางกะปิ กรุงเทพฯ 10310
 โทร.0-2718-0060-4 โทรสาร 0-2718-0065 www.thaiheart.org

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่..... 6238
 วันที่ 21 ต.ค. 2558
 เวลา 09.15

งานควบคุมโรค
 รับเลขที่..... 971
 วันที่ 21/9/58 เวลา.....

ที่ คมช.44/2558 7 กรกฎาคม 2558
 เรื่อง เชิญชวนฝึกอบรม PALS Provider 2015
 เรียน คณบดี / ผู้อำนวยการ / **นพ. สรยุทธ**
 สิ่งที่ส่งมาด้วย ตารางการอบรม จำนวน 1 ชุด
 ใบสมัคร จำนวน 1 ชุด

คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ กำหนดจัดการฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นสูงในเด็ก (PALS Provider) ระหว่างวันที่ 27-28 สิงหาคม 2558 ณ ศูนย์อบรมทักษะทางการแพทย์ ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** คุณสมบัติผู้เข้ารับการฝึกอบรม PALS Provider Course**

1. แพทย์หรือพยาบาล
2. สามารถเข้าร่วมการฝึกอบรมได้เต็มเวลาทั้ง 2 วัน

สถานที่ฝึกอบรมฯ ศูนย์อบรมทักษะทางการแพทย์ ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โดยมีค่าลงทะเบียน PALS Provider ท่านละ 5,000 บาท ซึ่งเป็นค่าเอกสารประกอบการเรียน และประกาศนียบัตรจากคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิตฯ และอื่นๆ ทั้งนี้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถเข้าร่วมฝึกอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจากต้นสังกัด ทั้งนี้ได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว (ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค 0409.7/ว.51 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2548)

จึงเรียนมาเพื่อใคร่ขอเชิญชวนให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในสังกัดของท่านที่สนใจ สมัครเข้าร่วม

ฝึกอบรมการช่วยชีวิตขั้นสูงในเด็กด้วย จักขอบคณา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

- เพื่อโปรดทราบ.....
 เห็นควร ให้ พ.ท.ทุกแห่ง ทพ.....

สรยุทธ วิบูลย์กุล

(นายแพทย์สรยุทธ วิบูลย์กุล)

.....

 สุภารัตน์ วงษ์ยศ

เลขาธิการ คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต

นักวิชาการสาธารณสุข (อ.อ.ต) *ช.อ.ช*
 ติดต่อสอบถามรายละเอียด คุณยุวดี ชูชี สมาคมแพทย์โรคหัวใจฯ

โทร.02-7180061 โทรสาร 02-7180065

ท.ช.ช.ค.ค.จ.จ.
[Signature]



PALS Provider Course

ณ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ 27-28 สิงหาคม 2558

Day 1 : 27 สิงหาคม 2558

| | | |
|-------------|---|--|
| 8.00 | Registration : Day 1 | TRC Team |
| 8.30 | Welcome and Introduction PALS Course Organization PALS Science Update PALS Patient Assessment | Course Director |
| 9.30 | Small group rotation (30 minutes each) BLS Practice & Testing Vascular access Rhythm disturbances & Electrical therapy Airway management <i>(Rotation I 9.30-10.10, Break: 10.10-10.30 Rotation II: 10.30-11.00, Rotation III: 11.00-11.30, Rotation IV: 11.30-12.00)</i> | TRC Instructor TRC Instructor TRC Instructor TRC Instructor |
| 12.00-13.00 | Lunch | |
| 13.00 | Resuscitation team concept Overview of learning station | |
| 13.45 | Small group rotation (30 minutes each) Shock Pulseless rhythm Tachycardia & Bradycardia Respiratory <i>(Rotation I: 13.45-14.15, Break: 14.15-14.30 Rotation II: 14.30-15.00, Rotation III: 15.00-15.30, Rotation IV: 15.30-16.00)</i> | TRC Instructor TRC Instructor TRC Instructor TRC Instructor |
| 16.00 | Wrap-up & Question/Answer | Course Director |

Day 2

| | | | | |
|---|--|-----|-----------------|-------------------------|
| 8.00 | Registration : Day 2 (6 กรกฎาคม 2558) | | | TRC Team |
| 8.30 | Overview of the Day and Question Answer Session | 903 | | อ.นพ.อุเทน ปานดี |
| 8.45-9.30 | Pretest review | 903 | | อ.นพ.อุเทน ปานดี |
| 9.30 | Putting it all together (30 minutes each) | | | |
| | Megacode I | 14 | A,H | อ.นพ.เศรษฐพงษ์ บุญศรี |
| | Megacode II | 29 | B,G | อ.พญ.ภาวิตา เลาหกุล |
| | Megacode III | 30 | C,F | อ.นพ.คัมภีร์ สรวมติริ |
| | Megacode IV | 31 | D,E | อ.นพ.สรสิทธิ์ สากระแสร์ |
| <i>(Rotation I 9.30-10.10, Break: 10.10-10.30)</i> | | | | |
| <i>Rotation II: 10.30-11.00, Rotation III: 11.00-11.30, Rotation IV: 11.30-12.00)</i> | | | | |
| 12.00-13.00 Lunch | | | | |
| 13.00 | เริ่มพร้อมกันเมื่อหมดเวลาเปลี่ยนห้องสอบ | | | |
| | Written testing | | | |
| | Core case testing (4 stations) | | | |
| | 13.00-13.50 : Written test (50 minutes) | 903 | A,B,C,D→E,F,G,H | |
| | 13.50-14.40 : Core case test (50 minutes) | 14 | E→A | อ.นพ.เศรษฐพงษ์ บุญศรี |
| | | 29 | F→B | อ.พญ.ภาวิตา เลาหกุล |
| | | 30 | G→C | อ.นพ.คัมภีร์ สรวมติริ |
| | | 31 | H→D | อ.นพ.สรสิทธิ์ สากระแสร์ |
| 15.00 | Break | | | |
| | *Students must score a 80% on provider test | | | Course Director |
| | *Remediation | | | |
| | Wrap-Up and Question/Answer | | | |
| | Course Evaluation | | | |

ทีมวิทยากรจากคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย

1. อ.นพ.อุเทน ปานดี กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ภา.กุมารเวชศาสตร์ รพ.รามธิบดี
2. อ.นพ.คัมภีร์ สรวมติริ
3. อ.พญ.ภาวิตา เลาหกุล
4. อ.นพ.เศรษฐพงษ์ บุญศรี
5. อ.นพ.สรสิทธิ์ สากระแสร์



ใบสมัคร

PALS Provider Course วันที่ 27-28 สิงหาคม 2558

ณ ศูนย์อบรมทักษะทางการแพทย์ ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

กรุณาระบุชื่อ ภาษาไทย ด้วยตัวบรรจง เพื่อความชัดเจนในการทำประกาศนียบัตร

นายแพทย์ แพทย์หญิง พยาบาล นาง นางสาว (โปรดระบุตำแหน่ง)

ชื่อ..... สกุล

ชื่อ โรงพยาบาล

ที่อยู่สำหรับติดต่อส่งเอกสาร เลขที่ ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ระบุหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานปัจจุบัน (Speciality)

หมายเลขติดต่อ โทรสาร มือถือ.....

e-mail กรุณาเขียนตัวบรรจงเพื่อยืนยันการส่ง

ข้อมูลทางอีเมลหรือติดต่อกลับ

ท่านเคยผ่านการฝึกอบรม

-PALS Provider เคยผ่านแล้วเมื่อปี..... ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม

*****กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนเพื่อความชัดเจนในการออกประกาศนียบัตร*****

เปิดรับสมัคร PALS Provider ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 58 จนกว่าจะเต็มจำนวนที่นั่ง

(โปรดสมัครก่อนวันฝึกอบรมอย่างช้า 3 สัปดาห์) ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท

การชำระค่าลงทะเบียน

1. เช็ค สั่งจ่าย “คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต” จำนวนเงิน 5,000 บาท
2. เงินสด ชำระที่ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ
3. โอนเงิน ธ.กรุงไทย ชื่อ คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต เลขที่ 041-0110485 ประเภทออมทรัพย์

สาขา อ.เพชรบุรีคีตใหม่ ภายหลังจากที่ส่งใบสมัครแล้ว กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมระบุชื่อและรุ่นที่เรียน
มายัง โทรสาร 02-7180065 หรือ อีเมล o_thaiheart@hotmail.co.th หรือยืนยันหลักฐานผ่านทาง line ID
0877177374 หากไม่ส่งหลักฐานการโอนเงินถือว่ายังลงทะเบียนไม่สมบูรณ์

เพื่อความสะดวกในการทำเรื่องอนุมัติเงินจ่ายค่าลงทะเบียน กรุณาระบุใบเสร็จรับเงิน

****ประสงค์ให้ออกใบเสร็จรับเงินในนาม**

ส่งใบสมัคร หรือติดต่อสอบถามหมายเลข 02-7180060/094-4184859 โทรสาร 02-7180065

หรือส่งใบสมัครทางอีเมล (ตัวโอ) o_thaiheart@hotmail.co.th

หรือ id line 0877177374

(ติดต่อสอบถามในเวลา 8.30-16.00 น.) ยกเว้นวันหยุดเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดราชการ

คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 5

เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย อ.เพชรบุรีคีตใหม่

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310