

กลุ่มงาน...บริหาร บุคคล
 วิชาเลขที่ 397
 วันที่... ๕ มิ.ค. ๒๕๕๙
 เวลา... 14.39
 สืบ ๐๓๑๘ / ๖ ๖๙๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่... 205
 วันที่... 8 มิ.ค. 2559
 เวลา... 11.06

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 ๔๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
 กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๙

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลชุมชน/ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการจัดประชุม
 ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
 ๓. ใบชำระค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัด
 การอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๙ ในระหว่างวันที่ ๖-๑๐ มิถุนายน
 ๒๕๕๙ ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์
 เพื่อให้พยาบาลที่ได้รับการอบรมแกนนำโรคไข้เลือดออก มีองค์ความรู้ในเรื่องของโรคไข้เลือดออก และเข้าใจปัญหาอาการ
 ของผู้ป่วย เพื่อสามารถเป็นที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และประสานงาน
 กับทีมแพทย์ในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการตายของผู้ป่วยในการระบาดของโรค
 ไข้เลือดออกปี ๒๕๕๙ โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและมีประสบการณ์ในการ
 พยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน ๒๕ คน

ในการนี้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมประชุม
 โดยจัดเก็บค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง
 ทบวง กรม สามารถเข้าร่วมการประชุมโดยไม่เสียเป็นวันลาและให้เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการ เมื่อ
 ได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ
 ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี จึงขอความกรุณาผู้ประสงค์เข้าร่วมประชุมกรอกใบสมัครพร้อมจัดส่งใบสมัครมาที่ ผู้ประสานงาน
 คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณวไลพร บุญเดี่ยว กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓, ๐๘๘ ๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ **เปิดรับสมัครวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๙**
 และปิดรับสมัครเมื่อผู้เข้าร่วมประชุมครบตามจำนวน การชำระค่าลงทะเบียนตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 - เพื่อโปรดทราบ.....
 เห็นควร... เรือง ๓๓.๓๐๓๖ / ๑๖๓๓๖ / ๖๙๖
 กลุ่มงาน วิชาการโรค ๑๓.๐๓.๖๙ ๖๙๖

ขอแสดงความนับถือ

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

สุภารัตน์ วงษ์ยศ

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายสุชิน คันศร)

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑๑ มิ.ค. ๒๕๕๙

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

ตารางอบรมแกนนำพยาบาลโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล วันที่ 6 - 10 มิถุนายน 2559

ณ. ห้องประชุมศาลากลางสถาบันชั้น 11 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิมิทราโรซีนี

วันที่	08.30-9.00น.	9.00-09.30น.	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 6 มิถุนายน 2559	ลงทะเบียน ตรวจสอบ รายชื่อและ เลาสุขภาพ	พิธีเปิด ทำ Pre test	Dengue overview พญ สุจิตตา นิรมานินิตย์ ที่ปรึกษาศูนย์ไข้เลือดออก	สถานการณ์ไข้เลือดออก ระบบการศึกษา ศส.พญ.สาธิตาภรต ชัยกุลนิรม คณะกรรมการศูนย์โรค 10.45-12.00 น.	การวินิจฉัยรักษา โรคไข้เลือดออก พญ พัทธ์ทิพย์ สิริคุปต์ แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	Hematologic charge in Dengue พญ.ชญานิษฐ์ มีแก้วภูษร หน่วยโลหิตวิทยา	ดูงานเด็กไข้เลือดออก รศนา สุภาพร บัณฑิตา
อังคาร 7 มิถุนายน 2559	08.00-09.00 น. Role of Nurses for Monitoring Dengue Patients. รศนา วรรัตนานา หัวหน้าเด็กไข้เลือดออก	09.00-10.30 น. การรักษานผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มี ภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน พญ ประจักษ์ สุประติษฐ ญ.ชญธยา แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	09.00-10.30 น. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่มีภาวะแทรกซ้อน รศนา วรรัตนานา หัวหน้าเด็กไข้เลือดออก	11.00-12.00 น. การประเมินและรักษาผู้ป่วย ไข้เลือดออกภาวะช็อก ทั้งผู้ป่วยนอก พญ.ชญานิษฐ์ บุณนาค แพทย์หัวหน้างานผู้ป่วยนอก	13.00-13.45 น. Immunopathogenesis พ. อานนท์ ศรีเกียรติขจร AFRIMS USA	14.00-15.30 น. การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ในหอผู้ป่วยวิกฤต คุณสุเตนรา แก้ววิเชียร หัวหน้างานผู้ป่วยหนัก	15.30-16.30 น. การแนะนำการทำ กรณีศึกษา คุณระสนา
พุธ 8 มิถุนายน 2559	08.00-09.00 น. แนวทางการรายงานอาการ ผู้ป่วยและการใช้ Dengue Chart คุณสุภาพร บัวบาน พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก	09.00-10.00 น. การตรวจเชื้อทาง Serology/Virology พญ.คุณหญิงอนันต์ นิลาลักษณ์ AFRIMS USA	11.00-12.00 น. การประเมินและรักษาผู้ป่วย ไข้เลือดออกภาวะช็อก ทั้งผู้ป่วยนอก พญ.ชญานิษฐ์ บุณนาค แพทย์หัวหน้างานผู้ป่วยนอก	13.00-14.30 น. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในโรคไข้เลือดออก พญ ประจักษ์ สุประติษฐ ญ.ชญธยา แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	14.45-16.30 น. การเตรียมกรณีศึกษา ผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่ปรึกษาคุณระสนา สุภาพร บัณฑิตา	14.45-15.45 น. การเตรียมกรณีศึกษา ผู้ป่วยไข้เลือดออก	14.45-15.45 น.
พฤหัสบดี 9 มิถุนายน 2559	08.00-09.00 น. การทำ COI ในผู้ป่วยไข้เลือดออก ของศูนย์ไข้เลือดออก คุณฉวีนิศา ปานเงิน พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก	09.00-10.30 น. การวิจัยเปรียบเทียบความถี่กับ กัณฑ์คณิตการป้องกันโรคไข้เลือดออก คุณสุพรรณิณี จิตต์สุคันธ์ หัวหน้ากลุ่มงานการศ พ.พรรัตนาวรรณี	10.45-12.00 น. ภาวะช็อกในผู้ป่วยไข้เลือดออก พญ.พินิตา วิทยายุชัย หัวหน้าหน่วยโรคทางเดินอาหาร	13.00-14.30 น. ภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก พ. พุทธิเกียรติ เกียรติขจร หัวหน้าหน่วยโรคทางเดินระบบประสาท	14.45-15.45 น. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยทำ CRRT คุณโชติมา สิมเจิมศิริ พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยหนัก	14.45-15.45 น.	14.45-15.45 น.
ศุกร์ 10 มิถุนายน 2559	08.00-09.00 น. ปัญหาทางการพยาบาล และการเตรียมรับสถานการณ์ โรคไข้เลือดออก รศนา วรรัตนานา	09.00-12.00 น. การนำเสนอกรณีศึกษา สรุบบัญชีทางคอมพิวเตอร์ และข้อเสนอแนะ นำเสนอรายการ พญ สุจิตตา พญ ประจักษ์ คุณระสนา สุภาพร บัณฑิตา	11.00-12.00 น. การนำเสนอรายการ พญ สุจิตตา พญ ประจักษ์ คุณระสนา สุภาพร บัณฑิตา	13.00-14.00 น. Pre-test และประเมินผลการจัดการอบรม	14.00-16.00 น. พิธีปิดการอบรมและ แจกประกาศนียบัตร	14.00-16.00 น.	14.00-16.00 น.

พิธีปิดและรับประทานอาหารว่าง 12.00-13.00 น.

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๙
วันที่ ๖ - ๑๐ มิถุนายน ๒๕๕๙
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 จันท์ หรือ คุณวไลพร บุญเตี้ย
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓,๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

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



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน "อบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี 2559"



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 2559" 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