

1044

ที่ สธ ๐๓๓๘ / ๕๓๕๕



กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กองแผน กระทรวงสาธารณสุข
รับ ๖๐๐ เลขที่รับ ๙๒๙๘
วันที่ ๒๖ มี.ค. ๒๕๖๑ วันที่ ๒๖ มี.ค. ๒๕๖๑
เวลา ๑๖:๔๐
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลจังหวัด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจัดอบรม
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัด
การอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑ ในระหว่างวันที่ ๔ - ๘ มิถุนายน
๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อให้พยาบาลที่ได้รับการอบรมแกนนำโรคไข้เลือดออก มีองค์ความรู้ในเรื่องของโรคไข้เลือดออก และเข้าใจปัญหาอาการ
ของผู้ป่วย เพื่อสามารถเป็นที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และประสานงาน
กับทีมแพทย์ในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการตายของผู้ป่วยในการระบาดของโรค
ไข้เลือดออกปี ๒๕๖๑ โดยผู้เข้าร่วมอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและมีประสบการณ์ในการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน ๓๐ คน

ในการนี้ ทางสถาบันฯ ขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านที่สนใจเข้ารับการอบรม โดยจัดเก็บ
ค่าลงทะเบียนจำนวน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม
มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามหนังสือที่ กค. ๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ เมื่อได้รับ
อนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวน
สิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี เพื่อบริหารจัดการตั้งแต่วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป รับจำนวนจำกัด หากเต็มจำนวนขอสงวนสิทธิ์
ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.สภอ.กทม.

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขอแสดงความนับถือ

ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรม/แกนนำพยาบาล
ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี ๖๑. วันที่ ๔-๘ มี.ค. ๖๑

น. ๕๓๕๕๕๕ มี.ค. ๖๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ

ได้แจ้งท่านแล้ว ๖๐๐๐ บาท

แบบฟอร์ม ๖๐๐๐ บาท

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- แจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- แจ้งพยาบาล/ทางเว็บไซต์ ในบัญชีรายชื่อ

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๐๔๐๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓

โทรสาร ๐๒ ๓๕๕ ๘๐๘๘

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

ลงนามใน

26/3/61

(นายดิเรก สุตแดน)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน
๒๙ มี.ค. ๒๕๖๑

ตารางอบรมแกนนำพยาบาลโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล วันที่ 4 - 8 มิถุนายน 2561

ณ. ห้องประชุมอาคารสถาบันชั้น 11 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่	08.30 - 9.00น.	9.00 - 09.30น.	09.30 - 11.00 น.	11.00 - 12.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 - 13.00 น.	13.00 - 14.00 น.	14.15 - 15.15 น.	15.15 - 16.15 น.	
จันทร์ 4 มิถุนายน 2561	ลงทะเบียน ตรวจสอบรายชื่อและ เลขสภา	พิธีเปิด ทำ Pre test	Dengue overview พญ. สุจิตรา นิมนานันต์ ที่ปรึกษาศูนย์ไข้เลือดออก	สถานการณ์ไข้เลือดออก ระบาดวิทยา ผศ.พญ.สารนาถ ล้อพลศรี นิยม คณะเวชศาสตร์เขตร้อน		การรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก งานผู้ป่วยนอก นพ. ธีญญรัฐ บุณนาค งานผู้ป่วยนอก	Hematologic charge in Dengue พญ. อรุโณทัย มีแก้วกฤษ หน่วยโลหิตวิทยา	ดูงานตึกไข้เลือดออก การทำกรณีศึกษา คุณรศนา, คุณสุภาพร, คุณบัณฑิตา	
อังคาร	08.00 - 09.00 น.		09.00 - 10.30 น.	10.30 - 12.00 น.		13.00 - 14.00 น	14.15 - 15.45 น.		
5 มิถุนายน 2561	Immunopathogenesis นพ. อานนท์ ศรีเกียรติขจร AFRIMS USA		การรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มี ภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน พญ. ประอร สุประดิษฐ์ ณ.อยุธยา แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	Role of Nurses for Monitoring in Dengue Pt. คุณรศนา วลีรัตนภา หัวหน้าตึกไข้เลือดออก		การบริหาร สารน้ำในผู้ป่วยไข้เลือดออก คุณบัณฑิตา สุนทรสารทูล พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก	แนวทางการรายงานอาการผู้ป่วย และการใช้ Dengue Chart คุณสุภาพร บัวบาน พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก		
พุธ	08.00 - 09.30 น.		09.30 - 10.00 น	10.45 - 12.00 น		13.00 - 14. 30 น.	14.45 - 16.00 น.		
6 มิถุนายน 2561	การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ในหอผู้ป่วยวิกฤต คุณศิริพร สังขมาลัย หัวหน้าตึก PICU		การทำ CQI ในผู้ป่วย โรคไข้เลือดออก คุณผาณิตา ปานเงิน พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก	การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่มีภาวะแทรกซ้อน คุณรศนา วลีรัตนภา หัวหน้าตึกไข้เลือดออก		การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในโรคไข้เลือดออก พญ. ประอร สุประดิษฐ์ ณ.อยุธยา แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	การเตรียมการทำกรณีศึกษา ตามกลุ่ม โดย พยาบาลผู้เข้าอบรมตามกลุ่ม ที่ปรึกษา คุณรศนา, คุณสุภาพร, คุณบัณฑิตา		
พฤหัสบดี	08.00 - 08.30 น.		08.30 - 10.00 น.	10.00 - 12.00 น.		13.00 - 14.30 น.	14.45 - 15.45 น.		
7 มิถุนายน 2561	ปัญหาทางการพยาบาล คุณรศนา วลีรัตนภา		ภาวะตัววายเป็นผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก พญ. นิยะดา วิทยาศัย หน่วยโรคทางเดินอาหาร	การเตรียมการทำกรณีศึกษา ตามกลุ่ม โดย พยาบาลผู้เข้าอบรมตามกลุ่ม ที่ปรึกษา คุณรศนา, คุณสุภาพร, คุณบัณฑิตา		ภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก นพ. ชูเกียรติ เกียรติขจร หัวหน้าหน่วยโรคทางเดินระบบปัสสาวะ	แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยทำ CRRT คุณโชติมา สีนเจิมศิริ พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยหนัก		
ศุกร์	08.00 - 09.00 น.		09.00 - 12.00 น			13.00 - 14.00 น.	14.00 - 16.00 น.		
8 มิถุนายน 2561	การเตรียมรับสถานการณ์ โรคไข้เลือดออก คุณรศนา วลีรัตนภา		การนำเสนอกรณีศึกษา สรุปปัญหาตามตอบ และข้อเสนอแนะ นำเสนอรายกลุ่ม พญ. สุจิตรา พญ. ประอร พญ.พัคต์เพ็ญ นพ. กิตติชัย คุณรศนา, คุณสุภาพร, คุณบัณฑิตา			Pre-test และประเมินผลการจัดการอบรม	พิธีปิดการอบรมและ แจกประกาศนียบัตร		

พักรับประทานอาหารว่าง 15 นาที ช่วงเช้าและบ่าย ทุกวัน

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑
วันที่ ๔ - ๘ มิถุนายน ๒๕๖๑
ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

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
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์ / โทรสาร / E-mail
โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ / E-mail : qsnich.training@gmail.com

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณปานจิตต์ เพิ่มชาติ
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

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



ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม 2561 เป็นต้นไป

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน "อบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี 2561"



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 2561" 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