แบบประเมินผลงาน

ของ

.....(ชื่อผู้จัดทำ).....

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....

งาน.....กลุ่ม.....

โรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้าน.....)

ตำแหน่งเลขที่.....

งาน.....กลุ่ม.....

โรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

หัวข้อ	เลขหน้า
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	
1. ชื่อ	
2. ตำแหน่ง	
3. ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง	
4. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. 7)	
5. ประวัติการศึกษา	
6. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	
7. ประวัติการรับราชการ	
8. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน	
9. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	
10. หน้าที่ความรับผิดชอบปัจจุบัน	
11. ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง	
ตอนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา	
1. ชื่อผลงาน	
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ	
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ	
4. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ	
5. ผู้ร่วมดำเนินการ	
6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ	
7. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)	
8. การนำประโยชน์ไปใช้	
9. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค	
10.ข้อเสนอแนะ	
ภาคผนวก	
สำเนาก.พ. 7	
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	
สำเนาวุฒิการศึกษา	
สำเนาประกาศคัดเลือก	

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล

๑. ชื่อ (ผู้ขอรับการประเมิน).....

๒. ตำแหน่ง (ปัจจุบัน) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้าน.....) ตำแหน่งเลขที่.....
งาน.....กลุ่ม.....โรงพยาบาล.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดำรงตำแหน่งนี้วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

๓. ขอประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้าน.....)
ตำแหน่งเลขที่.....งาน.....กลุ่ม.....โรงพยาบาล.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๔. ประวัติส่วนตัว (จาก ก.พ. ๗)
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุตัว.....ปี.....เดือน
อายุราชการ.....ปี.....เดือน
อายุปัจจุบัน (วันที่ส่ง)

๕. ประวัติการศึกษา (เฉพาะวุฒิที่เกี่ยวข้อง)

คุณวุฒิและวิชาเอก	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
(ประกาศนียบัตร).....	.....	.....
(ปริญญา).....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

๖. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี.. ให้แนบสำเนาใบอนุญาต)
ชื่อใบอนุญาต ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
เลขที่ใบอนุญาต .....
วันออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

๗. ประวัติรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้นแต่ละระดับ และการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ
พร้อมแนบสำเนา ก.พ. ๗

วันเดือนปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

วัน เดือน ปี	ระยะเวลา	หลักสูตร	หน่วยงานที่จัดอบรม
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

๙. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน (เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับอะไรบ้างที่นอกเหนือจากข้อ ๗ เช่น เป็นหัวหน้าโครงการ หัวหน้างาน กรรมการ อนุกรรมการ วิทยากร อาจารย์พิเศษ เป็นต้น)

.....(ให้ใส่เฉพาะงานที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่ขอประเมิน).....

.....(บอกระยะเวลาตั้งแต่เมื่อถึงเมื่อไร เรียงตามปี).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๐. หน้าที่ความรับผิดชอบ

.....-**ด้านบริหาร**.....

.....-**ด้านบริการ**.....

.....-**ด้านวิชาการ**.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)					
๑๑. ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๑ ปี					
ลำดับที่	ลักษณะงานด้านบริการ/ปฏิบัติ	หน่วยนับ	ปริมาณงานด้านบริการ/ปฏิบัติการ		หมายเหตุ
			ปีงบประมาณ		
			กลุ่มงาน	เฉพาะตัว	

หมายเหตุ ๑. แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะตำแหน่งที่เกณฑ์สาขากำหนดให้เสนอผลการปฏิบัติงานย้อนหลัง

๒. ผลการปฏิบัติงานย้อนหลัง ให้เสนอผลงานที่ตรงกับหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่จะได้รับการแต่งตั้ง โดยเสนอผลงานย้อนหลังถัดจากปีที่ส่งคำขอประเมิน เช่น กรณีกำหนดให้เสนอผลงานย้อนหลัง ๒ ปี หากส่งคำขอประเมินในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ผู้ขอประเมินต้องเสนอผลงานของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ เป็นต้น กรณีที่ระหว่างปีงบประมาณดังกล่าวได้รับอนุญาตให้ลาศึกษา ให้เว้นระยะเวลาที่ได้ลาศึกษา และให้เสนอผลงานของปีงบประมาณถัดไปแทน

เฉพาะตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย และนักวิเทศสัมพันธ์ ให้เสนอผลการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๑ ปี

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

๑. ชื่อผลงาน.....

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....ตั้งแต่เก็บ Case จนถึง Case แล้วเสร็จ.....

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑.....

๒.....

๓.....

๔.....

๔. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ.....

(วิจัย)

-บทคัดย่อ
-ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
-กรอบแนวคิดการวิจัย
-วัตถุประสงค์
-นิยามศัพท์
-ระเบียบวิธีวิจัย
-ขอบเขตการวิจัย
-ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
-เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
-ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
-การพิทักษ์สิทธิ์
-การวิเคราะห์ข้อมูล
-ผลการศึกษา
-อภิปรายผล
-เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 10 ปี)
(ให้แนบสำเนาใบขอจริยธรรม ในภาคผนวก)

(กรณีศึกษา)

-ชื่อกรณีศึกษา
-ข้อมูลทั่วไป
-อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล
-ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน
-ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
-ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ
-ผลการตรวจพิเศษ/เฉพาะผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
(เอามาเฉพาะที่ผิดปกติและมีการวิเคราะห์และแปลผล)
-การวินิจฉัยของแพทย์ ใช้เป็น Final diagnosis
-สรุปอาการและอาการแสดง ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล
-กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยปัญหาทางการพยาบาล, ข้อมูลสนับสนุน, วัตถุประสงค์, เกณฑ์การประเมินผล, กิจกรรมการพยาบาล, การประเมินผล เขียนให้ครบหัวข้อที่สำคัญ (นำเฉพาะสาระที่เป็นปัญหาสำคัญจริงๆ) ต้องมีเรื่องการบริหารยา (กรณีที่มี)
-สรุปกรณีศึกษา
-บทสรุป
-เอกสารอ้างอิง

* เฉพาะในการทำชำนาญการพิเศษ กรณีที่ทำ ๑ โรค ๒ กรณีศึกษา ให้มีสรุปเปรียบเทียบกรณีศึกษาต่อจากหัวข้อสรุปกรณีศึกษา

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

๕. ผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี) (กรณีไม่มี ⟶ ไม่มี)

๑.....สัดส่วนของผลงาน.....

๒.....สัดส่วนของผลงาน.....

๓.....สัดส่วนของผลงาน.....

๖. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ (ระบุรายละเอียดของผลงานพร้อมทั้งสัดส่วนของผลงาน)

.....(กรณีไม่มี ⟶ ๑๐๐%).....

.....

.....

๗. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / คุณภาพ) .....

.....

.....

.....

๘. การนำไปใช้ประโยชน์.....

.....

.....

.....

๙. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค.....

.....

.....

.....

๑๐. ข้อเสนอแนะ .....

.....

.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เสนอผลงาน

(.....)

...../...../.....

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ร่วมดำเนินการ
...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ร่วมดำเนินการ
...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....หน.หอ.....
(.....)
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

ลงชื่อ.....หน.พยาบาล.....
(.....)
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

ลงชื่อ.....ผอ.....
(.....)
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

ลงชื่อ.....สสจ.....
(.....)
ตำแหน่ง .....
...../...../.....

แบบตรวจสอบเอกสารแบบประเมินผลงาน

ชื่อ – สกุล .....สังกัด..... .....
เรื่อง .....

ลำดับที่	หัวข้อ	ผลการประเมิน		
		มี	ไม่มี	สิ่งที่ต้องปรับปรุง
	แบบประเมินบุคคลและผลงาน			
1	ปก			
	สารบัญ			
	ข้อมูลส่วนบุคคล			
	ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา			
	1 ชื่อผลงาน			
	2 ระยะเวลา			
	3 ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ			
	4 สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ			
	5 ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)			
	6 การนำไปใช้ประโยชน์			
	7 ความยุ่งยากในการดำเนินการ / ปัญหา /อุปสรรค			
2	เอกสารอ้างอิง / ภาคผนวก (ถ้ามี)			

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้ใช้เฉพาะสายพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น