สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 4022
วันที่ - 4 เม.ย. 2566
เวลา 7.36

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๙๕๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล รุ่นที่ ๙

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง/ศูนย์อนามัยทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม จำนวน 1 ฉบับ
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม จำนวน 1 ฉบับ
๓. ใบชำระเงิน จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล รุ่นที่ ๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลผู้ผ่านการอบรมสามารถเสริมสร้างพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลไปถ่ายทอดสู่ทีมพยาบาล และวางแผนการจัดระบบการทำงานในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างมีระบบ ลดอัตราป่วยตาย ระหว่างวันที่ ๒๙ พฤษภาคม - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยเสียค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) จำนวน ๓๕ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ และอีเมล์ qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนัยนา ณีศะนันท์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘
Email address: qsnich.training@gmail.com

ทราบ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เพื่อโปรด ☐ ทราบ
☑ พิจารณาสั่งการ
☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

7 เม.ย. 2566

ตารางอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล วันที่ 29 พฤษภาคม - 2 มิถุนายน 2566

ณ. ห้องประชุม ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่	08.00 -09.00น.	09.00-9.30 น.	09.30-11.00 น.	11.00-12.00 น.		13.00-14.00 น.	14.00-15.30 น.	15.30-16.30 น.
จันทร์ 29 พฤษภาคม 2566	ลงทะเบียน ตรวจสอบ รายชื่อและ เลขสภา ทำ Pretest	พิธีเปิด	Dengue overview พญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยา แพทย์ประจำศูนย์โรคติดเชื้อในเด็ก	Immunophathogenesis นพ.อานนท์ ศรีเกียรติขจร AFRIMS		การประเมินและรักษาผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกที่งานผู้ป่วยนอก พญ.ธนัชชา โง้วจิระศักดิ์ แพทย์ประจำศูนย์โรคติดเชื้อในเด็ก	การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในโรคไข้เลือดออก พญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยา แพทย์ประจำศูนย์โรคติดเชื้อในเด็ก	ดูงานตึกไข้เลือดออก การทำกรณีศึกษา พว.รุ่งนภา ธนาบูรณ์,พว.สุภาพร บัวบาน พว.ผาณิตา ปานเงิน พยาบาลตึกไข้เลือดออก
วันที่	08.00 -09.30 น.		09.30 -11.00 น.	11.00 -12.00 น.		13.00-14.30	14.30 -16.00 น.	
อังคาร 30 พฤษภาคม 2566	แนวทางการรายงานอาการผู้ป่วย และการใช้ Dengue Chart พว.สุภาพร บัวบาน		Role of Nurse for monitoring of Dengue Patient พว.รุ่งนภา ธนาบูรณ์ หัวหน้าตึกไข้เลือดออก	Hematologic change in Dengue พญ.อรุโณทัย มีแก้วกุญชร หน่วยโลหิตวิทยา	พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 -13.00 น.	การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วย โรคไข้เลือดออก พว.ผาณิตา ปานเงิน พยาบาลตึกไข้เลือดออก	แนวทางการอภิปรายและการนำเสนอกรณีศึกษา กลุ่ม 1 ที่ปรึกษาพว.รุ่งนภา ธนาบูรณ์ กลุ่ม 2 ที่ปรึกษาพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม 3 ที่ปรึกษาพว.ผาณิตา ปานเงิน กลุ่ม 4 ที่ปรึกษาพว.ผาณิตา ปานเงิน	
วันที่	08.00-09.00 น.		09.00-10.30 น.	10.30 -12.00 น		13.00 -16. 00 น.		
พุธ 31 พฤษภาคม 2566	การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่มีภาวะแทรกซ้อน พว.บัณฑิตา สุนทรศารทูล พยาบาลตึกไข้เลือดออก		การรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มี ภาวะช็อกและภาวะแทรซ้อน พญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยา แพทย์ประจำศูนย์โรคติดเชื้อในเด็ก	ภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล หัวหน้าหน่วยโรคทางเดินระบบปัสสาวะ		การเตรียมทำกรณีศึกษา ตามกลุ่ม กลุ่ม 1 ที่ปรึกษาพว.รุ่งนภา ธนาบูรณ์ กลุ่ม 2 ที่ปรึกษาพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม 3 ที่ปรึกษาพว.บัณฑิตา สุนทรศารทูล กลุ่ม 4 ที่ปรึกษาพว.บัณฑิตา สุนทรศารทูล		
วันที่	08.00 -09.30 น.		09.30 -11.00 น	11.00 - 12.00 น.		13.00 -14.30 น.	14.30 - 16.00 น.	
พฤหัสบดี 1 มิถุนายน 2566	ภาวะตับวายในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก พญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร แพทย์ชำนาญการพิเศษโรคทางเดินอาหาร		การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ในหอผู้ป่วยวิกฤต พว.ศิริพร สังขมาลย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤต	Diagnosis and Clinical management DHF พญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์ แพทย์ประจำศูนย์โรคติดเชื้อในเด็ก		การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกรับส่งต่อ และปัญหาในการส่งต่อ พญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์ แพทย์ประจำศูนย์โรคติดเชื้อในเด็ก	การเตรียมทำกรณีศึกษา ตามกลุ่ม กลุ่ม 1 ที่ปรึกษาพว.รุ่งนภา ธนาบูรณ์ กลุ่ม 2 ที่ปรึกษาพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม 3 ที่ปรึกษาพว.บัณฑิตา สุนทรศารทูล กลุ่ม 4 ที่ปรึกษาพว.บัณฑิตา สุนทรศารทูล	
วันที่	08.00 -09.00 น.		09.00 -12.00 น			13.00 -14.30 น.	15.00 - 16.00 น.	
ศุกร์ 2 มิถุนายน 2566	ปัญหาทางกายพยาบาลที่พบบ่อย และการเตรียมรับสถานกาณ์ โรคไข้เลือดออก พว.รุ่งนภา ธนาบูรณ์ หัวหน้าตึกไข้เลือดออก		การนำเสนอกรณีศึกษา สรุปปัญหาถามตอบ และข้อเสนอแนะ นำเสนอรายกลุ่ม กลุ่ม 1 ที่ปรึกษาพญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยาและพว.รุ่งนภา ธนาบูรณ์ กลุ่ม 2 ที่ปรึกษาพญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยาและพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม 3 ที่ปรึกษาพญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์และพว.ผาณิตา ปานเงิน กลุ่ม 4 ที่ปรึกษาพญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์และพว.บัณฑิตา สุนทรศารทูล			อภิปรายปัญหาทางการพยาบาล และการบริหารจัด Dengue Conner พว.รุ่งนภา ธนาบูรณ์,พว.สุภาพร บัวบาน พว.ผาณิตา ปานเงิน,พว.บัณฑิตา สุนทรศารทูล พยาบาลตึกไข้เลือดออก	พิธีปิดการอบรมและ แจกประกาศนียบัตร ทำแบบประเมินโครงการ	

พักรับประทานอาหารว่าง 15 นาที ช่วงเช้าและบ่าย ทุกวัน

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

อบรมเรื่อง "แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล" รุ่นที่ ๙

วันที่ ๒๙ พฤษภาคม - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

****

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☞ อัตราค่าลงทะเบียน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง1ช่องทาง) ใช้ Company Code : 9616

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ โอนผ่านธนาคาร ☐ QR-Cdoe พร้อมเพย์

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม (สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล).....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิก.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....โทรสาร .....

E-mail address .....ID LINE.....

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน .....

.....

.....

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-874-4674 (<u>ในเวลาราชการ</u>)

ส่งหลักฐานและลงทะเบียน
ตอบรับเข้าอบรม

<u>หมายเหตุ</u>

• เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ ***(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)*** และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร 02 354 8088

• ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วันได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital-training.com

• ทางคณะผู้จัดการอบรม *<u>ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน</u>* กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2566

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อบรมเรื่อง "แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล" รุ่นที่ 9

****

กรุงไทย Company Code: 9616

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 5,000.- บาท/ท่าน

<u>การชำระเงิน</u>

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

กรุงไทย ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย Company Code: 9616 วันที่.....

กรุงไทย. ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง "แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล" รุ่น 9 สาขา.....
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

ประเภทการชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
☐ เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
☐ เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน...../ โทรศัพท์ .....