สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 01758
วันที่ 23 มี.ค. 2569
เวลา 9.06

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๐๑๙

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมโครงการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ
๔. ใบชำระเงิน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรมโครงการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ เกิดการจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของบุคลากร ให้ก้าวทันองค์ความรู้ใหม่ ๆ ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัย จัดอบรมรูปแบบ Online วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอประชาสัมพันธ์เชิญวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่มีความสนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น **โดยเสียค่าลงทะเบียน ๑,๐๐๐ บาท** (หนึ่งพันบาทถ้วน) รับจำนวน ๑๐๐ คน เปิดรับสมัครวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙ โดยผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง จากหน่วยงานต้นสังกัด ในกรณีชำระเงินแล้วไม่สามารถรับการอบรมได้ สถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th หรือ QR-Code และสอบถามเพิ่มเติมด้านลงทะเบียนได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ Email : qsnich.training@gmail.com สอบถามด้านวิชาการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยวิสัญญี โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๓๔๑๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒนะ)
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ลงทะเบียนเข้าอบรม

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

ตารางการอบรม โครงการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึก (Online)

วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2569 เวลา 8.00 -16.00 น

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เวลา	กิจกรรม/หัวข้อบรรยาย	วิทยากร
08.00 - 08.30 น	ลงทะเบียน online กล่าวต้อนรับและ เปิดการอบรม	
08.30 - 09.30 น	- การประเมินผู้ป่วยเด็กก่อนการระงับความรู้สึกและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ	นพ.ณัฐพงศ์ เลปนานนท์
09.30 - 10.00 น	การเตรียมอุปกรณ์ให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเด็ก	พว.ศิรินทร์ณา เดชมณี
10.00 - 11.00 น	การดูแลจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก	นพ.ณัฐพงศ์ เลปนานนท์
11.00 - 12.00 น	การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีที่หอผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง	พว.ภัทรพร ศรีรักษา
12.00 - 13.00 น	**พักรับประทานอาหารกลางวัน**	
13.00 - 14.30 น	การจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก	พว.อรอนงค์ สุพรรณจนาภพ พว.สปัณฐ์รุ้ง อุดมนวลสกุล
14.30 – 16.00 น	การดูแลหลังการระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้น ซักถาม และประเมินความพึงพอใจ	พว.สุชาดา กมลเพชรและ พว.สุรีรัตน์ กาญจนพิบูลวงศ์

หมายเหตุ :

1.เนื่องจากเป็นการอบรมออนไลน์ จึงไม่มีช่วงพักรับประทานอาหารว่าง

2.กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

3. CNEU อยู่ในระหว่างดำเนินการ

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

โครงการการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึก (รูปแบบ Online)

วันที่ 5 มิถุนายน 2569

ณ ห้องสตูดิโอเวชนิทัศน์ ชั้น 12 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ **Company code : 9994** (Online) ค่าลงทะเบียน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส (9994 On-line) เลือก โครงการการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ*(ระบุคำนำหน้า)* .....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์*(ติดต่อได้สะดวก)* ..... E-mail address.....

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน สำหรับ (Online)

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)

ลงทะเบียนเข้าอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ ***(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)*** และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ QR-Code ลงทะเบียน
- ทางคณะผู้จัดการอบรม *ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน* กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2569 ถึง วันที่ 18 พฤษภาคม 2569

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

โครงการการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึก (Online)

วันที่ 5 มิถุนายน 2569

ห้องสตูดิโอเวชนิทัศน์ ชั้น 12 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

****

กรุงไทย Company Code: 9994

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 1,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ 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: 9994 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการการจัดการความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สาขา.....

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 .....