



12/09/03/59

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
หมายเลข ๒๖๖๕
- ๘ มี.ค. ๒๕๕๙
๑๑ พค

ที่ สธ ๐๓๑๘ / ๕ ๖๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๙

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด/ โรงพยาบาลชุมชน/ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจัดประชุม
- ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
- ๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

กรมพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
รับเลขที่ ๖๕๐
วันที่ ๙ / ๑ / ๕๙
เวลา ๙.๐๐ น.

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 สามารถเข้าร่วมการประชุมโดยไม่ถือเป็นวันลาและให้เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการ เมื่อ
ได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ
ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี จึงขอความกรุณาผู้ประสงค์เข้าร่วมประชุมกรอกใบสมัครพร้อมจัดส่งใบสมัครมาที่ ผู้ประสานงาน
คุณนงรัตน์ จันทิ หรือ คุณวไลพร บุญเตี้ย 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 หัวหน้ากลุ่มงาน...
ดำเนินการ *[Signature]*
[Signature]

ขอแสดงความนับถือ

[Signature]

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

(นางฉัทฉณา หังขชาติ)

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ๘ มี.ค. ๒๕๕๙

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

- *[Signature]*

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

๙ ๖๖๖

ตารางอบรมแกนนำพยาบาลโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล วันที่ 6 - 10 มิถุนายน 2559
 ณ. ห้องประชุมอาคารสถาบันชั้น 11 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

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	พิธีเปิด	Dengue overview	สถานการณ์ไข้เลือดออก	การวินิจฉัยรักษา	Hematologic charge in Dengue	ดูงานเด็กไข้เลือดออก
	รายชื่อและ เลขสภากา	ทำ Pre test	พญ สุจิตรา นิมนานันต์ย์ ที่ปรึกษาศูนย์ไข้เลือดออก	รศ.พญ.สาธิตา ทรัพย์ทวีชัย คณะเวชศาสตร์รังสีร่วม	พญ พัทธเกียรติ ศรีคุปต์ แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	พญ.อุรุโณทัย มีแก้วฤกษ์ หน่วยโลหิตวิทยา	รศ.นา สุภาพร บัณฑิตดา
อังคาร 7 มิถุนายน 2559	08.00 - 09.00 น.	09.00 - 10.30 น.	09.00 - 10.30 น.	10.45 - 12.00 น.	13.00 - 13.45 น.	14.00 - 15.30 น.	15.30 - 16.30 น.
	Role of Nurses for Monitoring Dengue Patients.	การรักษานั่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน	พญ ประชอร์ สุประดิษฐ ณ.อยุธยา แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะแทรกซ้อน	Immunopathogenesis	การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในหอผู้ป่วยวิกฤต	การแนะนำการทำกรณีศึกษา
พุธ 8 มิถุนายน 2559	รศ.นา วรรัตน์นา หัวหน้าตึกไข้เลือดออก	08.00 - 09.00 น.	09.00 - 10.00 น.	11.00 - 12.00 น.	น.พ. อานนท์ ศรีเกียรติขจร AFRIMS USA	คุณสุพรรณ แก้ววิเชียร หัวหน้างานผู้ป่วยหนัก	คุณศรีนา
	แนวทางการรณานาการผู้ป่วยและการใช้ Dengue Chart	การตรวจเชื้อทาง Serology/Virology	การประเมินและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกภาวะช็อก	การประเมินและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกภาวะช็อก	13.00 - 14.30 น.	14.45 - 16.30 น.	
พฤหัสบดี 9 มิถุนายน 2559	คุณสุภาพร บัวบาน พยาบาลศูนย์ไข้เลือดออก	08.00 - 09.00 น.	09.00 - 10.30 น.	10.45 - 12.00 น.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการในโรคไข้เลือดออก	การเตรียมกรณีศึกษา ผู้ป่วยไข้เลือดออก	
	การทำ COI ในผู้ป่วยไข้เลือดออก	การวิจัยเปรียบเทียบความถี่กับพื้นที่คนคิดการป้องกันโรคไข้เลือดออก	พญ.คุณหญิงอนันต์ นิสาลักษณ์ AFRIMS USA	พญ. ธัญญรัฐ บุญนาค แพทย์หัวหน้างานผู้ป่วยนอก	พญ ประชอร์ สุประดิษฐ ณ.อยุธยา แพทย์ศูนย์ไข้เลือดออก	โดยพยาบาลผู้ช่วยบรม ตามกลุ่มที่จัดแบ่งที่ปรึกษา คุณศรีนา สุภาพร บัณฑิตดา	
ศุกร์ 10 มิถุนายน 2559	ปัญหาการพยาบาลและการเตรียมรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก	08.00 - 09.00 น.	09.00 - 10.30 น.	10.45 - 12.00 น.	ภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ก CRRT	
	รศ.นา วรรัตน์นา	พญ สุจิตรา พญ ประชอร์ พญ พัทธเกียรติ คุณศรีนา สุภาพร บัณฑิตดา	การนำเสนอกรณีศึกษา สรุบบัญชีหากมอดอบ และข้อเสนอนะ	พญ. พนิดา วิทยาศัย หัวหน้าหน่วยโรคทางเดินอาหาร	น.พ. ชูเกียรติ เกียรติขจร หัวหน้าหน่วยโรคทางเดินระบบสืบสาวะ	คุณโชติมา สนิงศิริ พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยหนัก	
					Pre-test	14.00 - 16.00 น.	พิธีปิดการอบรมและแจกประกาศนียบัตร

ฟรีประชุมอาหารกลางวัน 12.00 - 13.00 น.

พักรับประทานอาหารว่าง 15 นาที ช่วงเช้าและบ่าย ทุกวัน

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 บุญดี
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

เริ่มชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ 7 มีนาคม 2559



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