

กพ



ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๕๖๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชชน
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ “Nursing Management for Pediatric Heart Disease”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาล-บรมราชชนนีทุกแห่ง

- | | | |
|------------------|-------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. กำหนดการอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. ใบชำระเงิน | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชชนนี้ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการอบรมการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ “Nursing Management for Pediatric Heart Disease” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ทักษะการดูแลรักษาโรคหัวใจในระดับสากล ด้านวิชาการและวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแบบองค์รวมให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ระหว่างวันที่ ๓ - ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชชนนี้

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชชนนี้ ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ โดยเสียค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๑๕๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



เอกสารประชาสัมพันธ์

(นางสาวนัยนา ณีคะนนท์)

นายแพทย์เชียวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชชนนี้

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

ตารางการอบรม
การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ “Nursing Management for Pediatric Heart Disease”

วันที่ 3-7 กรกฎาคม 2566

ณ ห้องประชุมสยาม 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี

Day 1 : 3 กรกฎาคม 2566

Time	Topic	Speaker
08.00-08.30	Registration	
08.30-09.00	Opening ceremony	นพ. อัครฐาน จิตนุยานนท์
09.00-10.30	Anatomy and Physiology of the heart	นพ. วรการ พรหมพันธุ์
10.30-12.00	Acyanotic heart diseases	นพ. อีรพงศ์ วิภาสมิตกุล
12.00-13.00	Lunch	
13.00-15.00	Cyanotic heart diseases	พญ. พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์
15.00-16.00	Acquired heart diseases	นพ. กัตัญญ บุษยวานิชย์ นพ. ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน
	Note: Break will be served during the session (ช่วงเช้า 10.00-10.15 น , ช่วงบ่าย 14.15-14.30 น)	

Day 2 : 4 กรกฎาคม 2566

Time	Topic	Speaker
08.00-9.30	(อภิปราย) Multidisciplinary discussion: Cardiac emergency in Children	พญ. พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ พว. นิศราวรรณ ชัยสร
09.30-11.00	(อภิปราย) Multidisciplinary discussion: Cardiac emergency in Newborn	พญ. พิมพ์ภัศ์ ประชาศิลป์ชัย นพ. เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง พว. อรรวรรณ ชาวโสภา
11.00-12.00	Basic Echocardiogram for nurses (interactive session)	นายนคร ฤทธิ์ เต็ม
12.00-13.00	Lunch	
13.00-16.00	EKG for nurses	นพ. ธวัชชัย กิระวิทยา พว. นฤมล สมชื่อ
	Note: Break will be served during the session. (ช่วงเช้า 10.00-10.15 น , ช่วงบ่าย 14.30-14.45 น.)	

Day 3 : 5 กรกฎาคม 2566

Time	Topic	Speaker
08.00-10.00	Common arrhythmias and Fundamental concept of pacemaker for nurse	พญ. อภิญญา พรหมณี พว. ธนัญญา สุริยศ
10.00-11.00	Catheter Intervention in CHD	พญ. พิมพ์ภัค ประชาศิลป์ชัย
11.00-12.00	Pre and post cardiac catheterization care	พว. นุช สิงสาทร
12.00-13.00	Lunch	
13.00-16.00	Workshop: Practical managements in routine cardiac patient care 1. Dental care 2. Nutritional issue 3. Essential vaccination 4. Developmental evaluation (180 นาที แบ่งแต่ละหัวข้อละ 40 นาที)	พว. ปิยะนารถ พรหมมาสกุล พว. ศิรินทรา สุพัฒน์ พว. รัชนีกร พยัคฆะโส พว. วิไลรักษ์ บุษบรรณ
	Note: Break will be served during the session. (ช่วงเช้าเวลา10.00-10.15น , ช่วงบ่าย14.00-14.10น.)	

Day 4 : 6 กรกฎาคม 2566

Time	Topic	Speaker
08.00-09.00	Pediatric Advance Life Support: What's new in 2022?	พว. อรัญญา ไทยแท้
09.00-11.00	Workshop: PBLs Station I; BLS & AED Child Station II: BLS & remove foreign body infant Station III: การดูแลผู้ป่วย newborn ในห้องฉุกเฉิน Station IV: การประเมินผู้ป่วย sepsis	พว. ศุภลักษณ์ สวัสดิ์ชัย พว. ลฎาภา เข้มทอง พว. กัญญาพัชร พจนานุกาพ พว. อาริสสา กอโพธิ์ศรี พว. ทรรษา แสงศิลา พว. อรัญญา ไทยแท้
11.00-12.00	How to refer?	พว. วีณา เทศวงศ์
12.00-13.00	Lunch	
13.00-14.00	(อภิปราย) Multidisciplinary discussion : Sedation in patients with congenital heart disease	นพ. อนุรักษ์ เลพานานนท์ พว. อนุรักษ์ ไพศาล
14.00-15.00	Rehabilitation in cardiac patients	พว. วิวรรธณี ทางเจริญ
15.00-16.00	Palliative care	พว. วาณี แม่นยำ

Day 5 : 7 กรกฎาคม 2566

Time	Topic	Speaker
08.00-10.00	Surgical management in common congenital heart diseases	นพ. วิเชาว์ กอจรัญจิตต์
10.00-11.00	Nursing management of cardiac Bypass and ECMO: What we should prepare before and after?	พว. สุวิทย์ จักสาน พว. ชนิกันต์ สุทธิปัญญา
11.00-12.00	Nursing management pre and post surgical procedure	พว. ศิริพร สังขมาลัย
12.00-13.00	Lunch	
13.00-15.00	Workshop: How to prepare the central line monitoring and prevent the error?	พว. ศรินทิพย์ ยูชูพี พว. โชติมา สีนเจิมศิริ พว. นิศราวรรณ ชัยศร
15.00-16.00	Q&A, Closing ceremony	คณะวิทยากร
	Note: Break will be served during the session. (ช่วงเช้าเวลา10.00-10.15น , ช่วงบ่าย14.00-14.15น.)	

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ
“Nursing Management for Pediatric Heart Disease”
วันที่ 3 - 7 กรกฎาคม 2566

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

Company code : 9612 (On-site) ค่าลงทะเบียน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9612 เลือก
การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุตำแหน่ง)นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

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

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....
.....
.....

ผู้ประสานงาน

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



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

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



จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 24 เม.ย.66

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หลักสูตรการดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจ เรื่อง "Nursing Management for Pediatric Heart Disease"



Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 4,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9612

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (หลักสูตรการดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจ

สาขา.....

เรื่อง "Nursing Management for Heart Disease") สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

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