สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
รับที่ 1031
วันที่ 29 ม.ค. 2567

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๒๘๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๔ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ระบบ Zoom และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจ และพัฒนาศักยภาพการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ ๑๓ - ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาล เข้ารับการอบรมรูปแบบ online จำนวน ๑๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) และการอบรมรูปแบบ on-site จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล์ qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนัยนา ณีศะนันท์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ

ดาวน์โหลดเอกสาร

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔
www.childrenhospital.go.th / Email address: qsnich.training@gmail.com

ตารางการอบรมหัวข้อ"Nursing Management for Respiratory Problem in Neonate and Pediatric"

วันที่ 13-17 พฤษภาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยาม 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันจันทร์ที่ 13 พฤษภาคม 2567	
08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 08.45 น.	พิธีเปิดการประชุม
08.45 – 09.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
09.00 – 10.30 น.	Gas Management in Respiratory system บรรยายโดย ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์
10.30 – 12.00 น.	Non – invasive Ventilation in Neonate บรรยายโดย พว.วรรณี จันทมาศ
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 15.00 น.	Common Respiratory Problem in Neonate บรรยายโดย ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช
15.00 – 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 – 16.15 น.	Nursing care for Respiratory Problem in Neonate บรรยายโดย พว.วรรณี จันทมาศ

วันอังคารที่ 14 พฤษภาคม 2567	
07.45 - 08.00 น.	ลงทะเบียน
08.00 - 09.00 น.	Common Respiratory Problem in Pediatric บรรยายโดย ผศ.นพ.ประวิทย์ เจตนชัย
09.00 - 10.00 น	Acute Respiratory Problem in Pediatric บรรยายโดย พญ. วงค์ตะวัน อำมาตย์สมบัติ
10.00 – 10.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.15 – 11.15 น.	ARDS บรรยายโดย พญ.กัญฑิมาศ สิทธิกูล
11.15 – 12.15 น.	Respiratory monitoring and wave from monitoring บรรยายโดย พญ.พนิดา ศรีสันต์
12.15 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 15.00 น.	Invasive Ventilation in Pediatric (Conventional & HFOV) บรรยายโดย นพ.เฉลิมไทย เอกศิลป์
15.00 – 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 – 16.15 น.	Chest physiotherapy บรรยายโดย อาจารย์ขวัญดาว เนาวบุตร

วันพุธที่ 15 พฤษภาคม 2567	
07.45 – 08.00 น.	ลงทะเบียน
08.00 – 09.30 น.	Nursing care for Respiratory Problem in Pediatric บรรยายโดย พว.ศิริพร สังขมาลย์
09.30 – 10.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.00 - 11.00 น.	Nursing care of BPD in neonatal บรรยายโดย พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค
11.00 – 12.00 น.	Non – invasive Ventilation in Pediatric บรรยายโดย นพ.เฉลิมไทย เอกศิลป์
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 16.00 น.	Oxygen Therapy : Nursing Management บรรยายโดย พว.สุเนตรา แก้ววิเชียร
	พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 15.00 -15.15 น.

วันพฤหัสบดีที่ 16 พฤษภาคม 2567		
08.00 – 16.00 น.	Workshop on Respiratory Nursing care for Pediatric แบ่งเป็น 6 กลุ่ม	
	กลุ่มที่ 1(08.00-09.00น.) Oxygen therapy & Humidification& Aerosol therapy พว.สุเนตรา แก้ววิเชียร พว.โชติมา สินเจิมศิริ PICU	กลุ่มที่ 4 (12.30-13.30น.) Chest PT/Airway/Cough assist พว.ศิรินทิพย์ ยูซูฟี PICU พว.โชติมา สินเจิมศิริ PICU
	กลุ่มที่ 2 (09.00-10.00 น.) HHHFNC/ Non-invasive ventilator in Pediatric พว.ศิริพร สังขมาลย์ PICU พว.นิศราวรรณ ชัยศร PICU	กลุ่มที่ 5 (13.30 -14.30 น.) Ventilator in Pediatric พว.ศิริพร สังขมาลย์ PICU พว.นิศราวรรณ ชัยศร PICU
	กลุ่มที่ 3 (10.30-11.30 น.) Non-invasive ventilator& HHHFNC in neonate พว.อรวรรณ ขาวโสภา NICU พว.ไพรินทร์ โพธิ์สาวัง NICU	กลุ่มที่ 6 (15.00 -16.00 น.) Techniques to expand collapsed lungs & airway clearance พว. วิวรรธณี ทางเจริญ พว. พรรณทิภา สาระธรรม
	– พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 -10.30 น. และเวลา 14.30 -15.00 น. – พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 11.30 -12.30 น.	

วันศุกร์ที่ 17 พฤษภาคม 2567	
08.00 – 8.30 น.	ลงทะเบียน
08.00 – 9.00 น.	Medication for respiratory (หรือ Pharmacological of Respiratory Disorders) บรรยายโดย ภญ.นีลกมล ภูมิภมร
09.00 – 10.00 น.	Risk Management for Respiratory Care in Neonate and Pediatric บรรยายโดย พว.อรวรรณ ขาวโสภา พว.โชติมา สินเจิมศิริ
10.00 – 10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.30 – 12.00 น.	Home Ventilator : Team approach & nursing management บรรยายโดย (Case based leaning : ICU/ward/chest clinic ทีมเยี่ยมบ้าน) พว. วิวรรธณี ทางเจริญ พว. ศิริพร สังขมาลย์ พว. เอมนัดดา บุญกัน พว. วาสนา วังอินทร์
12.00 -13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.00 น.	Q&A ปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ"

วันที่ 13 - 17 พฤษภาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

****

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ Company code: 9615 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

☐ Company code: 92156 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (online) ค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9615 หรือ 92156 เลือก การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

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

ชื่อ-สกุลเดิม*(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)* .....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

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

อาหาร ○ ทั่วไป ○ อิสลาม ○ อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณวไรพร เฟื่องสูงเนิน กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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

ลงทะเบียน
เข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ *(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)* และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ *QR-code ดาวน์โหลดเอกสาร*
- ทางคณะผู้จัดการอบรม *ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้*

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 15 ม.ค. – 29 เม.ย. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ (รูปแบบ ON-SITE)

****

กรุงไทย Company Code: 9615

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน 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: 9615

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (<u>การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ รูปแบบ ON-SITE</u>) 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 .....

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 15 ม.ค. – 29 เม.ย. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ (รูปแบบ ONLINE)

****

กรุงไทย Company Code: 92156

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,800.- 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: 92156

วันที่.....

คาลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ รูปแบบ ONLINE) 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 .....