

นพส



ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๕๖๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๗

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล รุ่นที่ ๑๐
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง /ศูนย์อนามัยทุกแห่ง

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

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติ
จัดโครงการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล รุ่นที่ ๑๐ โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในภาพกว้าง และเป็นแกนในการให้คำปรึกษา
ในด้านการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางการขึ้นการแก้ปัญหาของผู้ป่วย
ไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและลดภาวะรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ระหว่างวันที่ ๑๗-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีใน
โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มี
คนไข้เลือดออกไว้ในการรักษาพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกมา
มากกว่า ๓ ปีขึ้นไป โดยเสียค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) จำนวน ๔๐ คน ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์
เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบราชการกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม
ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงิน
ทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่
งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมลล์
qsnich.training@gmail.com ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

(นายศุภวัชร บุญกษิต์เดช)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔๔ ๘๐๘๘

Email address: qsnich.training@gmail.com

ตารางอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล วันที่ ๑๗ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุม ชั้น ๒ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งขงาทิมหาราชินี

วันที่ จันทร์ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๗	๐๘.๐๐ - ๐๘.๐๐ น. ลงทะเบียน ตรวจสอบ รายชื่อและ เลขสภา ทำ Pretest	๐๘.๓๐ - ๑๑.๐๐ น. Dengue overview	๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. Immunopathogenesis	๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. การประเมินและรักษาผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกที่งานผู้ป่วยนอก	๑๕.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในโรคไข้เลือดออก	๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. Diagnosis and Clinical management DHF
วันที่ อังคาร ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๗	๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. การรักษารายงานอาการผู้ป่วย และการใช้ Dengue Chart	๐๘.๓๐ - ๑๑.๐๐ น. การรักษานักผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มี ภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อน	๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. Hematologic change in Dengue	๑๓.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วย โรคไข้เลือดออก	๑๕.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. แนวทางการอภิปรายและการนำเสนอกรณีศึกษา กลุ่ม ๑ ที่ปรึกษาพว. รุ่งนภา ธนาบุญรณ์ กลุ่ม ๒ ที่ปรึกษาพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม ๓ ที่ปรึกษาพว.ผวนิตดา ปานเงิน กลุ่ม ๔ ที่ปรึกษาพว.บัณฑิตา สุนทรสารชุล	๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. พญ.พัชต์เพ็ญ สิริสุด แพทย์ประจำศูนย์โรคติดเชื้อในเด็ก
วันที่ พุธ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๗	๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่มีภาวะแทรกซ้อน	๐๘.๓๐ - ๑๑.๐๐ น. แนวทางการอภิปรายและการนำเสนอกรณีศึกษา กลุ่ม ๑ ที่ปรึกษาพว. รุ่งนภา ธนาบุญรณ์ กลุ่ม ๒ ที่ปรึกษาพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม ๓ ที่ปรึกษาพว.ผวนิตดา ปานเงิน กลุ่ม ๔ ที่ปรึกษาพว.บัณฑิตา สุนทรสารชุล	๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. พญ.อรุณทัย มีแก้วกุลธร หน่วยโลหิตวิทยา	๑๓.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. ภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	๑๕.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. แนวทางการอภิปรายและการนำเสนอกรณีศึกษา กลุ่ม ๑ ที่ปรึกษาพว. รุ่งนภา ธนาบุญรณ์ กลุ่ม ๒ ที่ปรึกษาพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม ๓ ที่ปรึกษาพว.ผวนิตดา ปานเงิน กลุ่ม ๔ ที่ปรึกษาพว.บัณฑิตา สุนทรสารชุล	๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. พญ.พัชต์เพ็ญ สิริสุด แพทย์ประจำศูนย์โรคติดเชื้อในเด็ก
วันที่ พฤหัสบดี ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๗	๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. ภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	๐๘.๓๐ - ๑๑.๐๐ น. การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก ในหอผู้ป่วยวิกฤต	๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. แนวทางการอภิปรายและการนำเสนอกรณีศึกษา กลุ่ม ๑ ที่ปรึกษาพว. รุ่งนภา ธนาบุญรณ์ กลุ่ม ๒ ที่ปรึกษาพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม ๓ ที่ปรึกษาพว.ผวนิตดา ปานเงิน กลุ่ม ๔ ที่ปรึกษาพว.บัณฑิตา สุนทรสารชุล	๑๓.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. นพ.ชูเกียรติ เกียรติจตุรกุล หัวหน้าหน่วยโรคทางเดินระบบประสาท	๑๕.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. Role of Nurse for monitoring of Dengue patient	๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. พว. รุ่งนภา ธนาบุญรณ์ หัวหน้าทีมไข้เลือดออก
วันที่ ศุกร์ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗	๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. ปัญหาทางการพยาบาลที่พบบ่อย และการเตรียมรับสถานการณ์ โรคไข้เลือดออก	๐๘.๓๐ - ๑๑.๐๐ น. การนำเสนอกรณีศึกษา กรณีปัญหาตามตอบ และข้อเสนอแนะ นำเสนอรายกลุ่ม กลุ่ม ๑ ที่ปรึกษาพว. ประอร สุประดิษฐ์ ณ. อยุธยา และพว. รุ่งนภา ธนาบุญรณ์ กลุ่ม ๒ ที่ปรึกษาพว. ประอร สุประดิษฐ์ ณ. อยุธยา, พญ.ธัชชา ไร่จระเข้ และพว.สุภาพร บัวบาน กลุ่ม ๓ ที่ปรึกษาพว.พัชต์เพ็ญ สิริสุด และพว.ผวนิตดา ปานเงิน กลุ่ม ๔ ที่ปรึกษาพว.พัชต์เพ็ญ สิริสุด, พญ.ธัชชา ไร่จระเข้ และพว.บัณฑิตา สุนทรสารชุล	๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. พญ.ศิริลักษณ์ เจริญวัตร แพทย์ชำนาญการพิเศษโรคทางเดินอาหาร	๑๓.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. อภิปรายปัญหาทางการพยาบาล และการบริหารจัดการ Dengue Conner พว. รุ่งนภา ธนาบุญรณ์, พว.สุภาพร บัวบาน, พว.ผวนิตดา ปานเงิน, พว.บัณฑิตา สุนทรสารชุล	๑๕.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. พิธีปิดการอบรมและ แจกประกาศนียบัตร ทำแบบประเมินโครงการ	๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่าง ช่วยเหลือและป่วย ทุกวัน

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
โครงการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล รุ่นที่ ๑๐
วันที่ ๑๗ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุมชั้น ๒ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

Company code : ๙๖๑๖ ค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส ๙๖๑๖ เลือก
อบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการชำระเงินค่าลงทะเบียน มาก ปานกลาง น้อย

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุตำแหน่ง)นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

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

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ผู้ประสานงาน

คุณเพ็ญศิริ สายสุด งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม ชั้น ๑๑

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๕๒๐/๘ ถนนราชมิว เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๕-๕๖๗๕ (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน ๗ วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital.go.th
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
โครงการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล รุ่นที่ 10



Company Code: 9616

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย

วันที่.....



Company Code: 9616

ค่าลงทะเบียน โครงการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล สาขา.....

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