

กำหนดการประชุม

*Easy Asthma and COPD Clinic*

*Best practice sharing to improve quality of Asthma & COPD management*

วันที่ ๐๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมสตาร์ คอนเวนชั่น จ.ระยอง

\*\*\*\*\*

๐๘.๐๐ – ๐๙.๐๐	ลงทะเบียน
๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐	พิธีเปิดงานประชุมวิชาการ
๐๙.๓๐ – ๑๐.๐๐	ตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อบรรลุตัวชี้วัด โดย รศ.นพ.วัชรวิทย์ บุญสวัสดิ์ และ พญ.จิตติมา ธิปดี และ สปสช. เขต ๖ ระยอง
๑๐.๐๐ – ๑๐.๔๕	Simple way to manage Asthma & COPD / Interesting questions โดย รศ.นพ.วัชรวิทย์ บุญสวัสดิ์ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จ.ขอนแก่น
๑๐.๔๕ – ๑๑.๐๐	Coffee break
๑๑.๐๐ – ๑๒:๐๐	Expert perspective in Allergic Rhinitis management โดย นพ.สุทธิพงษ์ อธิธิพร โรงพยาบาลพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ – ๑๓.๔๕	How to achieving Service Plan COPD: PLAN DO CHECK ACT โดย พญ.จิตติมา ธิปดี โรงพยาบาลระยอง จ.ระยอง และ พญ.โสภิตา งามวงษ์วาน โรงพยาบาล ชลบุรี จ.ชลบุรี
๑๓.๔๕ – ๑๔.๐๐	Show and share Asthma and COPD clinic excellence โดย ทีมโรงพยาบาลตัวอย่าง Asthma and COPD
	Show and share Pediatric asthma clinic excellence โดย นพ.สุทธิพงษ์ อธิธิพร โรงพยาบาลพุทธโสธร จ.ฉะเชิงเทรา
๑๔.๓๐ – ๑๕.๐๐	ปิดงานประชุมวิชาการ

\*\*\*\*\*

ใบตอบรับการเข้าร่วมประชุม  
“Best practice sharing to improve quality of Asthma & COPD management”  
วัน อังคาร ที่ ๐๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๕.๐๐ น.  
ณ โรงแรมสตาร์ คอนเวนชั่น จ.ระยอง

ข้าพเจ้าและทีมงานของโรงพยาบาล..... จังหวัด.....  
ที่อยู่.....  
โทร.....Fax.....

ชื่อตัวแทนคณะที่สามารถติดต่อได้.....

ยินดีเข้าร่วมประชุม โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม ดังนี้

แพทย์ จำนวน..... ท่าน เภสัชกร..... ท่าน พยาบาล .....ท่าน

รายละเอียดของผู้เข้าร่วมประชุม

**๑.แพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine)**

นพ./พญ.....นามสกุล.....โทร.....

Email..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

**๒.เภสัชกร**

ภก./ภญ.....นามสกุล.....โทร.....

Email..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

**๓.พยาบาล**

ชื่อ.....นามสกุล.....โทร.....

Email..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

**๔.บุคลากรทางการแพทย์**

ชื่อ.....นามสกุล.....โทร.....

Email..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

หมายเหตุ ค่าที่พักและค่าเดินทางเบิกจากต้นสังกัด

นพ./พญ.....

แพทย์ผู้ดำเนินงานคลินิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕๖๑

\*\*\*\* กรุณาส่งกลับภายในวันที่ ๐๒ ตุลาคม ๒๕๖๑ \*\*\*\*

E – mail: [eaccth@gmail.com](mailto:eaccth@gmail.com) มีข้อสงสัย โทร. ๐๘๙ – ๔๘๒-๑๑๖๕, ๐๘๙-๗๐๘ – ๓๓๒๖

หรือท่านสามารถส่งข้อมูลผ่านทาง:

<https://goo.gl/forms/zDfs9HDV2rxOorAu2>

