

กำหนดการประชุม

Easy Asthma and COPD Clinic

Best practice sharing to improve quality of Asthma & COPD management

วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมมิตรภาพ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจังหวัด ขอนแก่น

๐๘.๐๐ – ๐๙.๐๐	ลงทะเบียน
๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐	พิธีเปิดงานประชุมวิชาการ
๐๙.๓๐ – ๑๐.๐๐	ตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อบรรลุตัวชี้วัด โดย รศ.นพ.วีชรา บุญสวัสดิ์ นพ.ชาญชัย จันทร์วรชัยกุล นพ.พรอนันต์ โดมทอง พญ.จามรี อีรัตกุลพิศาล และ สปสช. เขตสุขภาพ ๗
๑๐.๐๐ – ๑๐.๔๕	Simple way to manage Asthma & COPD / Interesting questions โดย รศ.นพ.วีชรา บุญสวัสดิ์ ภาคอายุรกรรม หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น
๑๐.๔๕ – ๑๑.๐๐	Coffee break
๑๑.๐๐ – ๑๒:๐๐	Expert perspective in Allergic Rhinitis management โดย พญ.จามรี อีรัตกุลพิศาล ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ – ๑๓.๓๐	How to achieving Service Plan COPD: PLAN DO CHECK ACT โดย นพ.พรอนันต์ โดมทอง โรงพยาบาลขอนแก่น จ.ขอนแก่น
๑๓.๓๐ – ๑๔.๑๕	Practical point for Pediatric Asthma management โดย พญ.จามรี อีรัตกุลพิศาล ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ. ขอนแก่น
๑๔.๑๕ – ๑๔.๔๕	Show and share Asthma and COPD clinic excellence โดย ทีมโรงพยาบาลตัวอย่าง Asthma and COPD
๑๔.๔๕ – ๑๕.๐๐	ปิดงานประชุมวิชาการ

ใบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

“Best practice sharing to improve quality of Asthma & COPD management”

วัน อังคาร ที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมมิตรภาพ อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจังหวัด ขอนแก่น
ข้าพเจ้าและทีมงานของโรงพยาบาล..... จังหวัด.....
ที่อยู่.....

โทร..... Fax.....

ชื่อตัวแทนคณะที่สามารถติดต่อได้.....

ยินดีเข้าร่วมประชุม โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม ดังนี้

แพทย์ จำนวน..... ท่าน เภสัชกร..... ท่าน พยาบาลท่าน

รายละเอียดของผู้เข้าร่วมประชุม

๑.แพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว (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 ๐๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ ****

E – mail: eaccth@gmail.com มีข้อสงสัย โทร. ๐๘๙ - ๔๘๒-๑๑๖๕, ๐๘๗ - ๒๒๓ - ๑๓๓๑

หรือท่านสามารถส่งข้อมูลผ่านทาง:

<https://goo.gl/forms/DKGSS0Cthaj6xzTF3>

