



การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การตรวจสอบสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรี”

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขอเชิญหน่วยงานที่สนใจส่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การตรวจสอบสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรี”

คุณสมบัติผู้เข้ารับการฝึกอบรม พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล, ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์สุขภาพ, พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์, หรือวุฒิอื่นๆ ที่แพทย์ประจำสถานบริการนั้นทำหน้าที่รับรองว่าเป็นผู้รับผิดชอบการตรวจสอบสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรี

รายละเอียดการฝึกอบรม

ภาคทฤษฎี เนื้อหาประกอบด้วย

- กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบการหายใจ
- ชนิดและหลักการทำงานของเครื่องสไปโรมิเตอร์
- ความรู้ทั่วไป ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามในการตรวจสอบสไปโรเมตรี
- การควบคุมคุณภาพการตรวจสอบสไปโรเมตรี
- หลักการการตรวจสอบสไปโรเมตรีและการแปลผล
- ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างการตรวจสอบสไปโรเมตรีและการแก้ไข

ภาคปฏิบัติ

ผู้เข้าอบรมแต่ละรายจะได้ฝึกฝนการตรวจสอบสไปโรเมตรีด้วยตนเองในผู้ป่วยจริงอย่างน้อย 1-2 ราย ภายใต้การสอนแนะนำ และควบคุมอย่างใกล้ชิดจากผู้ชำนาญการ

สถานที่การฝึกอบรม

ช่วงเวลาการฝึกอบรม

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> วันที่ 15- 19 กรกฎาคม 2558 | ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น |
| <input type="checkbox"/> วันที่ 24 – 28 สิงหาคม 2558 | ณ โรงพยาบาลรามธิบดี |
| <input type="checkbox"/> วันที่ 31 สิงหาคม – 4 กันยายน 2558 | ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ |
| <input type="checkbox"/> วันที่ 14 – 18 กันยายน 2558 | ณ โรงพยาบาลศิริราช |
| <input type="checkbox"/> วันที่ 9 – 13 พฤศจิกายน 2558 | ณ สถาบันโรคทรวงอก |

การประเมินผล

สอบภาคทฤษฎี วันสุดท้ายของการฝึกอบรม

ค่าลงทะเบียนการฝึกอบรม

หน่วยงานภาครัฐ 5,000 บาท / ท่าน

หน่วยงานภาคเอกชน 8,000 บาท / ท่าน

ใบแสดงความจำนงเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า นายแพทย์, แพทย์หญิง.....

สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรติดต่อ.....แฟกซ์.....

มีความประสงค์จะส่งเจ้าหน้าที่ ร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรีของสมาคมอูรเวช
แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังรายชื่อ

ชื่อ - สกุล.....คุณวุฒิ.....

ประสบการณ์ทางด้านการตรวจสไปโรเมตรี เคย เป็นเวลา..... ปี ไม่เคย

สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรติดต่อ.....แฟกซ์.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือผู้สมัคร..... E-mail :

เครื่อง spirometry ที่มีและใช้ได้ ใน รพ. จำนวน เครื่อง; ซื่อยี่ห่อและรุ่น.....

เอกสารแนบ คุณสมบัติเครื่อง spirometry ใบรับรองมาตรฐาน ATS/ERS criteria ของเครื่อง

รายละเอียดค่าใช้จ่ายการฝึกอบรม

ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาครัฐ 5,000 บาท / ท่าน

ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาคเอกชน 8,000 บาท / ท่าน

สถานที่การฝึกอบรม

ช่วงเวลาการฝึกอบรม

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> วันที่ 15- 19 กรกฎาคม 2558 | ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น |
| <input type="checkbox"/> วันที่ 24 - 28 สิงหาคม 2558 | ณ โรงพยาบาลรามธิบดี |
| <input type="checkbox"/> วันที่ 31 สิงหาคม - 4 กันยายน 2558 | ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ |
| <input type="checkbox"/> วันที่ 14 - 18 กันยายน 2558 | ณ โรงพยาบาลศิริราช |
| <input type="checkbox"/> วันที่ 9 - 13 พฤศจิกายน 2558 | ณ สถาบันโรคทรวงอก |

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

(กรอกข้อมูลให้ชัดเจน ครบทุกหัวข้อ)

ทางสมาคมฯ จะทำการคัดเลือกโดยการเรียงลำดับก่อนหลังการสมัคร และเจ้าหน้าที่จะติดต่อแจ้งกลับ
หน่วยงานของท่านเพื่อให้หน่วยงานของท่านทำการโอนค่าธรรมเนียมการอบรมกลับมาที่สมาคมฯ ต่อไป

ชำระค่าสมัครโดย โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ธนาคารทหารไทย สาขาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เลขบัญชี 038-7-28073-8 ชื่อบัญชี “สมาคมอูรเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อสไปโรเมตรี”

(พร้อมแฟกซ์ไปโอนเงิน) หมายเลขโทรศัพท์ 0-2619-8907

สมาคมอูรเวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-619-8907 มือถือ 084-5592190 E-mail : thaitst@gmail.com