

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 GSK symposium: 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>

