



การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การตรวจสอบรรถภาพปอดสไปโรเมตรี”

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขอเชิญหน่วยงานที่สนใจส่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน
เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การตรวจสอบรรถภาพปอดสไปโรเมตรี”

คุณสมบัติผู้เข้ารับการฝึกอบรม พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล, ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์สุขภาพ, พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์,
หรือวุฒิอื่นๆ ที่แพทย์หรือสถาบันผู้วิจัยที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผลตรวจสอบรรถภาพปอดสไปโรเมตรี โดยต้องมีหนังสือรับรอง
จากหัวหน้าสถาบัน

รายละเอียดการฝึกอบรม

ภาคทฤษฎี เนื้อหาประกอบด้วย

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

ภาคปฏิบัติ

ผู้เข้าอบรมแต่ละรายจะได้ฝึกฝนการตรวจสอบสไปโรเมตรีด้วยตนเองอย่างน้อย 6 ราย ภายใต้การสอนแนะนำและ
ควบคุมอย่างใกล้ชิดจากผู้ชำนาญการ

สถานที่การฝึกอบรม

ช่วงเวลาการฝึกอบรม วันที่ 20-24 กรกฎาคม 2569 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การประเมินผล

สอบภาคทฤษฎี วันสุดท้ายของการฝึกอบรม

ค่าลงทะเบียนการฝึกอบรม

หน่วยงานภาครัฐ 6,000 บาท / ท่าน

หน่วยงานภาคเอกชน 9,000 บาท / ท่าน

ใบแสดงความจำนงเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า นายแพทย์, แพทย์หญิง.....

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

มีความประสงค์จะส่งเจ้าหน้าที่ร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรีของสมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังรายชื่อ

ชื่อ - สกุล.....คุณวุฒิ.....

ประสบการณ์ทางด้านการตรวจสไปโรเมตรี เคย เป็นเวลา..... ปี ไม่เคย

สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่.....

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

เบอร์โทรศัพท์มือถือผู้สมัคร..... E-mail :

เครื่อง spirometry ที่มีและใช้ในโรงพยาบาล

มี ระบุจำนวน เครื่อง ; ชื่อยี่ห้อและรุ่น.....

ไม่มี (ระบุเหตุผล).....

เอกสารแนบ

คุณสมบัติเครื่อง spirometry

ใบรับรองมาตรฐาน ATS/ERS criteria ของเครื่อง

เอกสารรับรองจากสถาบัน

รายละเอียดค่าใช้จ่ายการฝึกอบรม

ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาครัฐ 6,000 บาท / ท่าน

ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาคเอกชน 9,000 บาท / ท่าน

สถานที่การฝึกอบรม / ช่วงเวลาการฝึกอบรม

ช่วงเวลาการฝึกอบรม วันที่ 20-24 กรกฎาคม 2569 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

กรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบทุกหัวข้อ พร้อมส่งรายละเอียดใบแสดงความจำนง ได้ที่

E-mail : thaitst.tst@gmail.com

ชำระค่าสมัครโดยโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เลขบัญชี 038-2-88314-8 ชื่อบัญชี “สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์”

ติดต่อเจ้าหน้าที่

สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (คุณณัฐกนก ทองพูล)

มือถือ 095-0098880 E-mail : thaitst.tst@gmail.com

หมายเหตุ

ทางสมาคมฯ จะทำการคัดเลือกโดยการเรียงลำดับก่อนหลังการสมัคร และเจ้าหน้าที่จะติดต่อแจ้งกลับหน่วยงานของท่าน เพื่อให้หน่วยงานของท่านทำการโอนค่าธรรมเนียมการอบรมกลับมาที่สมาคมฯ ต่อไป