การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง
“การตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรีย์”

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขอเชิญหน่วยงานที่สนใจส่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรีย์”

คุณสมบัติผู้เข้ารับการฝึกอบรม พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล, ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์สุขภาพ, พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์, หรือวุฒิอื่นๆ ที่แพทย์หรือสถาบันผู้วิจัยที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผลตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรีย์ โดยต้องมีหนังสือรับรองจากหัวหน้าสถาบัน

รายละเอียดการฝึกอบรม

ภาคทฤษฎี เนื้อหาประกอบด้วย

- กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของระบบการหายใจ
- ชนิดและหลักการทำงานของเครื่องสไปโรมิเตอร์
- ความรู้ทั่วไป ข้อบ่งชี้ และข้อห้ามในการตรวจสไปโรเมตรีย์
- การควบคุมคุณภาพการตรวจสไปโรเมตรีย์
- หลักการการตรวจสไปโรเมตรีย์และการแปลผล
- ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างการตรวจสไปโรเมตรีย์และการแก้ไข

ภาคปฏิบัติ

ผู้เข้าอบรมแต่ละรายจะได้ฝึกฝนการตรวจสไปโรเมตรีย์ด้วยตนเองอย่างน้อย 6 ราย ภายใต้การสอนแนะนำและควบคุมอย่างใกล้ชิดจากผู้ชำนาญการ

สถานที่การฝึกอบรม

ช่วงเวลาการฝึกอบรม วันที่ 18 – 22 มกราคม ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

การประเมินผล

สอบภาคทฤษฎี วันสุดท้ายของการฝึกอบรม

ค่าลงทะเบียนการฝึกอบรม

หน่วยงานภาครัฐ 6,000 บาท / ท่าน
หน่วยงานภาคเอกชน 9,000 บาท / ท่าน

ใบแสดงความจำนงเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า นายแพทย์, แพทย์หญิง.....

สถานที่ทำงาน.....เบอร์โทรติดต่อ.....แฟกซ์ .....
มีความประสงค์จะส่งเจ้าหน้าที่ร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรีย์ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังรายชื่อ

ชื่อ – สกุล.....คุณวุฒิ .....

ประสบการณ์ทางด้านการตรวจสไปโรเมตรีย์ ❒ เคย เป็นเวลา..... ปี ❒ ไม่เคย

สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่.....

.....

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

เบอร์โทรศัพท์มือถือผู้สมัคร..... E-mail : .....

<u>เครื่อง spirometry ที่มีและใช้ได้ในโรงพยาบาล</u>

❒ มี ระบุจำนวน ..... เครื่อง ; ชื่อยี่ห้อและรุ่น.....

❒ ไม่มี (ระบุเหตุผล).....

<u>เอกสารแนบ</u>

❒ คุณสมบัติเครื่อง spirometry

❒ ใบรับรองมาตรฐาน ATS/ERS criteria ของเครื่อง

❒ เอกสารรับรองจากสถาบัน

<u>รายละเอียดค่าใช้จ่ายการฝึกอบรม</u>

❒ ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาครัฐ 6,000 บาท / ท่าน

❒ ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาคเอกชน 9,000 บาท / ท่าน

<u>สถานที่การฝึกอบรม / ช่วงเวลาการฝึกอบรม</u>

ช่วงเวลาการฝึกอบรม วันที่ 18 – 22 มกราคม ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

<u>กรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบทุกหัวข้อ พร้อมส่งรายละเอียดใบแสดงความจำนง ได้ที่</u>

E-mail : thaitst.tst@gmail.com

ชำระค่าสมัครโดยโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ธนาคารทหารไทยธนชาต สาขาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

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

<u>ติดต่อเจ้าหน้าที่</u>

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (คุณสิริกร อุดมปิติโชค)

มือถือ 089-2289105 E-mail : thaitst.tst@gmail.com

<u>หมายเหตุ</u>

ทางสมาคมฯ จะทำการคัดเลือกโดยการเรียงลำดับก่อนหลังการสมัคร และเจ้าหน้าที่จะติดต่อแจ้งกลับหน่วยงานของท่าน เพื่อให้หน่วยงานของท่านทำการโอนค่าธรรมเนียมการอบรมกลับมาที่สมาคมฯ ต่อไป