



## 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 16-20 กันยายน 2567 ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ

#### **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.....

ประสบการณ์ทางการตรวจสไปโรเมตรี  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 16-20 กันยายน 2567 ณ โรงพยาบาลรามารามธิบดี

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

### กรอกข้อมูลให้ชัดเจนครบทุกหัวข้อ พร้อมส่งรายละเอียดใบแสดงความจำนง ได้ที่

E-mail : thaitst.tst@gmail.com

ชำระค่าสมัครโดยโอนเข้าบัญชีกระแสรายวัน

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลศิริราช

เลขบัญชี 016-304674-1 ชื่อบัญชี “สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย”

### ติดต่อเจ้าหน้าที่

สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (คุณพรธิภา ประสานกุล)

มือถือ 084-5592190 E-mail : thaitst.tst@gmail.com

### หมายเหตุ

ทางสมาคมฯ จะทำการคัดเลือกโดยการเรียงลำดับก่อนหลังการสมัคร และเจ้าหน้าที่จะติดต่อแจ้งกลับหน่วยงานของท่าน เพื่อให้หน่วยงานของท่านทำการโอนค่าธรรมเนียมการอบรมกลับมาที่สมาคมฯ ต่อไป