



การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การตรวจสอบรรถภาพปอดสไปโรเมตรี”

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ขอเชิญหน่วยงานที่สนใจส่งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน
เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การตรวจสอบรรถภาพปอดสไปโรเมตรี”

คุณสมบัติผู้เข้ารับการฝึกอบรม พยาบาล, ผู้ช่วยพยาบาล, ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์สุขภาพ, พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ,
หรือวุฒิอื่นๆ ที่แพทย์ประจำสถานบริการนั้นทำหน้าที่รับรองว่าเป็นผู้รับผิดชอบการตรวจสอบรรถภาพปอดสไปโรเมตรี

รายละเอียดการฝึกอบรม

ภาคทฤษฎี เนื้อหาประกอบด้วย

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

ภาคปฏิบัติ

ผู้เข้าอบรมแต่ละรายจะได้ฝึกฝนการตรวจสอบสไปโรเมตรีด้วยตนเองในผู้ป่วยจริงอย่างน้อย 3-4 ราย ภายใต้การสอน
แนะนำ และควบคุมอย่างใกล้ชิดจากผู้ชำนาญการ

สถานที่การฝึกอบรม

ช่วงเวลาการฝึกอบรม

วันที่ 3-7 พฤศจิกายน 2557 ณ สถาบันโรคทรวงอก

การประเมินผล

สอบภาคทฤษฎี วันสุดท้ายของการฝึกอบรม

ค่าลงทะเบียนการฝึกอบรม

หน่วยงานภาครัฐ 5,000 บาท / ท่าน

หน่วยงานภาคเอกชน 8,000 บาท / ท่าน

ใบแสดงความจำนงเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า นายแพทย์, แพทย์หญิง.....

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

มีความประสงค์จะส่งเจ้าหน้าที่ร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรเมตรีของสมาคมออร์เวช
แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ดังรายชื่อ

ชื่อ - สกุล.....คุณวุฒิ

ประสบการณ์ทางด้านการตรวจสไปโรเมตรี ☐ เคย เป็นเวลา..... ปี ☐ ไม่เคย

สถานที่ทำงาน.....ที่อยู่.....

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

เบอร์โทรศัพท์มือถือผู้สมัคร..... E-mail :

เครื่อง spirometry ที่มีและใช้ใน รพ. จำนวน เครื่อง; ซื้อมือถือและรุ่น.....

เอกสารแนบ ☐ คุณสมบัติเครื่อง spirometry ☐ ใบรับรองมาตรฐาน ATS/ERS criteria ของเครื่อง

รายละเอียดค่าใช้จ่ายการฝึกอบรม

☐ ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาครัฐ 5,000 บาท / ท่าน

☐ ค่าลงทะเบียน สำหรับหน่วยงานภาคเอกชน 8,000 บาท / ท่าน

สถานที่การฝึกอบรม

วันที่ 3-7 พฤศจิกายน 2557 ณ สถาบันโรคทรวงอก

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

(กรอกข้อมูลให้ชัดเจน ครบทุกหัวข้อ)

ทางสมาคมฯ จะทำการคัดเลือกโดยการเรียงลำดับก่อนหลังการสมัคร และเจ้าหน้าที่จะติดต่อแจ้งกลับ
หน่วยงานของท่านเพื่อให้หน่วยงานของท่านทำการโอนค่าธรรมเนียมการอบรมกลับมาที่สมาคมฯ ต่อไป

ชำระค่าสมัครโดย โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์

ชื่อบัญชี “สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย” ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ หมายเลข 026-2-52418-3

(พร้อมแฟกซ์ใบโอนเงิน) หมายเลขโทรศัพท์ 0-2619-8907

สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

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