

ใบสมัครการอบรม
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน

นาง/น.ส./นาย (ตัวบรรจง)

นามสกุล (ตัวบรรจง)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

ตำแหน่งระดับ.....

โรงพยาบาล.....

แผนก.....

ที่อยู่

.....

.....

โทรศัพท์มือถือ

โทรศัพท์ที่ทำงาน

โทรสาร

E-mail

ประเภทอาหารระหว่างการประชุม

ออกใบเสร็จในนาม

****กรุณาตรวจสอบที่นั่ง**

ก่อนชำระค่าลงทะเบียน

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....



การอบรมเรื่อง
“การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ”

14 - 16 มกราคม 2556



สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

(ได้รับหน่วยคะแนนศึกษาต่อเนื่องจากสภาพยาบาล)

1. หลักการและเหตุผล

สถาบันโรคทรวงอกเป็นสถาบันเฉพาะโรคที่รักษาเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอกโดยทำการรักษาทั้งผู้ป่วยที่มาโดยตรง และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคการดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางดังกล่าวพยาบาลจำเป็นต้องมีความชำนาญเป็นพิเศษ ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันโรคทรวงอก เห็นถึงความสำคัญดังกล่าวจึงได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ” ขึ้น

2. เนื้อหาประกอบด้วย

2.1 Anatomy and Physiology of Cardiac Conduction System

2.2 EKG in Ischemic Heart Disease

2.3 Cardiac Arrhythmia and treatment (Bradycardia, Tachycardia)

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการรักษา Temporary pacing Cardioversion Defibrillation

2.5 Anti-arrhythmic Drugs

3. วัตถุประสงค์

1. อ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติและผิดปกติได้

2. แปลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
3. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ได้อย่างทันท่วงที

4. คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ
2. สามารถรับการอบรมตลอดหลักสูตร

5. สถานที่

ห้องประชุมเฉลิมฉัตรบารมี ชั้น 10
อาคารเฉลิมพระเกียรติ สถาบันโรคทรวงอก
จังหวัดนนทบุรี

6. วิธีการอบรม

1. การบรรยาย
2. ฝึกปฏิบัติอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อ
การพยาบาล

7. อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนท่านละ 2,400 บาท

8. การประเมินผล

1. แบบสอบถามหลังการอบรม
2. การประเมินผลการปฏิบัติงานหลังการอบรม

9. ค่าระค่าลงทะเบียน

ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี
ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรม
ของสถาบันโรคทรวงอก
เลขที่บัญชี 108-0-26527-9
ประเภทบัญชี ออมทรัพย์

****กรุณาตรวจสอบที่นั่ง
ก่อนชำระค่าลงทะเบียน**

10. ระยะเวลาในการรับสมัคร

บัดนี้ – 21 ธันวาคม 2555
หรือจนกว่าที่นั่งจะเต็ม

กรุณาส่งใบสมัครและหลักฐานการลงทะเบียนที่
น.ส. บุปผาวัลย์ ศรีล้ำ / น.ส.ณัฐกร เรืองล้ำ
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันโรคทรวงอก
ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จ.นนทบุรี
โทรศัพท์ 0-2580-3423 ต่อ 7527
โทรสาร 0-2589-7157
หรือทาง E-mail ccit-nurse@hotmail.com