



ที่ รย๐๐๓๓.๓(๑)/ ๓๐๐๖

โรงพยาบาลเกล่ง  
ถนนสุขุมวิท ๒๑๑๑๐

กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอส่งแพทย์ใช้ทุนปี ๑ ฝึกปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑.แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ	จำนวน ๒ ชุด
	๒.สัญญาไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว	จำนวน ๑ ชุด

ตามที่โรงพยาบาลเกล่งได้รับการจัดสรรแพทย์ใช้ทุนตามโครงการเพิ่มพูนทักษะในปีที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๐ ท่าน โดยแบ่งฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกล่ง ระยะเวลา ๑๐ เดือน และโรงพยาบาลชุมชนระยะเวลา ๒ เดือน นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลเกลลงขอส่งแพทย์ใช้ทุนคือ นพ.ไชยวัฒน์ อธิธิจรรรัตน์ ไปฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลอรัญประเทศ ระหว่างวันที่๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕โดยขอความกรุณาท่านดังนี้

๑.แพทย์ใช้ทุนจะไปรายงานตัว ในวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

๒.ขอความกรุณาจัดเตรียมบ้านพักเพื่อให้แพทย์ใช้ทุนพัก ระหว่างฝึกปฏิบัติงาน โดยจะเข้าพักในวันที่๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ (นพ.ไชยวัฒน์ อิทธิขจรรัตน์ เบอร์โทร ๐๘๗-๔๘๘-๙๗๗๓)

๓.ขอความอนุเคราะห์ ประเมินผลการปฏิบัติงานตามแบบรายงานตั้งเอกสารแนบเมื่อสิ้นสุด  
การปฏิบัติงาน และส่งคืนงานแพทยศาสตรศึกษาโรงพยาบาลกลาง เพื่อรวบรวมเก็บเป็นหลักฐานหากท่าน  
ต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ คุณณวลน้อย อุดมพีช ๐๓๘-๖๗๗๕๓๓-๔๐ต่อ ๒๓๓  
เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๙๔๔-๐๓๑๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อไปประชาสัมพันธ์

☒ เห็นควรมอบงานให้ นางสาวกนกพร + อัดกรแพทย์

□ อื่นๆ ..... 2304.65

(นายภูษิต ทรัพย์สมพล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกล่ง

(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

23 ก.ย. 2565

งานศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

เบอร์โทร ๐๓๘- ๖๗๗๕๓๓-๔๐ ต่อ ๒๓๓

โทรสาร ๐๓๘-๖๗๗๕๓๓-๕๐ ต่อ ๒๗๔

Email : [nualnoi6550@gmail.com](mailto:nualnoi6550@gmail.com)

อนิชา

**แบบประเมินทักษะทางคลินิกสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**  
**Entrustable professional activities (EPA)**

ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ..... ชื่ออาจารย์ผู้ประเมิน.....

สถานที่ ☐ OPD ☐ IPD

Clinical setting ☐ Medicine ☐ Pediatrics ☐ Surgery ☐ Orthopedics ☐ ER ☐ Family Medicine ☐ OB GYN

Clinical problem ; Diagnosis.....

Category: ☐ RS ☐ CVS ☐ Gastro ☐ Neuro ☐ Pain ☐ Psychy ☐ Other ระบุ.....

Complexity of case: ☐ Low ☐ Average ☐ High

ข้อแนะนำ 1) ไม่จำเป็นต้องประเมินทุกหัวข้อ ในผู้ป่วยแต่ละราย แล้วแต่บริบทของ setting 2) สามารถนำแบบประเมินจากผู้ป่วยหลายราย มารวมประเมินความสามารถในข้อต่างๆได้ 3) ควรทำอย่างน้อย 2 ครั้งคือ ระหว่าง rotation เพื่อ feedback แก่ไข และ ปลาย rotation เพื่อประเมินแบบ summative

ทักษะทางคลินิก	outstanding	average	below average	ประเมินไม่ได้	หมายเหตุ
1.ซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยได้อย่างกระชับ ครบคลุม เป็นขั้นตอน					
2.เลือกใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ อย่างเหมาะสม คุ่มค่า					
3.วินิจฉัยแยกโรคอย่างเป็นระบบ และวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง					
4.ประเมินและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเฉวลงหรืออาการหนักเฉียบพลัน ได้อย่างเหมาะสม โดยตระหนักถึงข้อจำกัดของตน และขอความช่วยเหลือได้ทันเวลา(กรณีฉุกเฉิน ต้องทำเป็นอันดับแรก) *					เน้นใน ER/trauma
5.เลือกใช้ยาและวิธีการรักษาที่สมเหตุผล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แบบองค์รวม					
6. ทำหัตถการที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างถูกวิธี					
7.ส่งต่อและจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย					เน้น care plan & home care ใน FM
8.ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ					
9.สื่อสารและทำงานเป็นทีมกับเพื่อนร่วมงาน					
10.แนะนำแผนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม (ถ้ามี)					FM
11.บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนได้อย่างถูกต้อง					

ระดับการประเมินความสามารถโดยรวม = ☐

- ☐ ระดับ 1 ไม่ผ่าน= ยังไม่สามารถอนุญาตให้ลงมือปฏิบัติได้ (ให้สังเกตการณ์เท่านั้น)
- ☐ ระดับ 2 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด
- ☐ ระดับ 3 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์
- ☐ ระดับ 4 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- ☐ ระดับ 5 ผ่าน = สามารถปฏิบัติงานได้เอง และควบคุมผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ข้อควรพัฒนา

ลายเซ็นอาจารย์.....  
วันที่.....เดือน.....พศ.....

## แบบประเมินทักษะทางคลินิกสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ Entrustable professional activities (EPA)

ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ..... ชื่ออาจารย์ผู้ประเมิน.....

สถานที่ ☐ OPD ☐ IPD

Clinical setting ☐ Medicine ☐ Pediatrics ☐ Surgery ☐ Orthopedics ☐ ER ☐ Family Medicine ☐ OB GYN

Clinical problem ; Diagnosis.....

Category: ☐ RS ☐ CVS ☐ Gastro ☐ Neuro ☐ Pain ☐ Psyche ☐ Other ระบุ.....

Complexity of case: ☐ Low ☐ Average ☐ High

ข้อแนะนำ 1) ไม่จำเป็นต้องประเมินทุกหัวข้อ ในผู้ป่วยแต่ละราย แล้วแต่บริบทของ setting 2) สามารถนำแบบประเมินจากผู้ป่วยหลายราย มารวมประเมินความสามารถในข้อต่างๆได้ 3) ควรทำอย่างน้อย 2 ครั้งคือ ระหว่าง rotation เพื่อ feedback แก่ไข และ ปลาย rotation เพื่อประเมินแบบ summative

ทักษะทางคลินิก	outstanding	average	below average	ประเมินไม่ได้	หมายเหตุ
1. ชักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยได้อย่างกระชับ ครบถ้วนเป็นขั้นตอน					
2. เลือกใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ อย่างเหมาะสม คุ่มค่า					
3. วินิจฉัยแยกโรคอย่างเป็นระบบ และวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง					
4. ประเมินและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเฉวลงหรืออาการหนักเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม โดยตระหนักถึงข้อจำกัดของตน และขอความช่วยเหลือได้ทันเวลา(กรณีฉุกเฉิน ต้องทำเป็นอันดับแรก) *					เน้นใน ER/trauma
5. เลือกใช้ยาและวิธีการรักษาที่สมเหตุผล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แบบองค์รวม					
6. ทำหัตถการที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างถูกวิธี					
7. ส่งต่อและจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย					เน้น care plan & home care ใน FM
8. ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ					
9. สื่อสารและทำงานเป็นทีมกับเพื่อนร่วมงาน					
10. แนะนำแผนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม (ถ้ามี)					FM
11. บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนได้อย่างถูกต้อง					

ระดับการประเมินความสามารถโดยรวม = ☐

- ☐ ระดับ 1 ไม่ผ่าน= ยังไม่สามารถอนุญาตให้ลงมือปฏิบัติได้ (ให้สังเกตการณ์เท่านั้น)
- ☐ ระดับ 2 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด
- ☐ ระดับ 3 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์
- ☐ ระดับ 4 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- ☐ ระดับ 5 ผ่าน = สามารถปฏิบัติงานได้เอง และควบคุมผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ข้อควรพัฒนา

ลายเซ็นอาจารย์.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....



# แบบประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

## Multisource feedback

ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ.....

ชื่อผู้ประเมิน.....☐ อาจารย์ ☐ แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์พี่เลี้ยง ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ ☐ OPD ☐ IPD

Clinical setting ☐ Medicine ☐ Pediatrics ☐ Surgery ☐ Orthopedics ☐ ER ☐ Family Medicine ☐ OB GYN

ช่วงเวลาที่แพทย์เพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงาน.....วันที่ให้ความเห็น.....

พฤติกรรม	Outstanding	Average	Below average	ประเมินไม่ได้	หมายเหตุ
1. ชื่อสัตย์					<u>ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average</u>
2. รับผิดชอบ					<u>ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average</u>
3. ตรงต่อเวลา					
4. แต่งกายสุภาพ					
5. ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ					
6. ทักษะในการสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน					
7. ดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมวิชาชีพ					<u>ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average</u>
8. อื่นๆ ระบุ.....					

ข้อควรพัฒนา

ลายเซ็นอาจารย์.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....

07/10/20

# แบบประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ Multisource feedback

ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ.....

ชื่อผู้ประเมิน..... ☐ อาจารย์ ☐ แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์พี่เลี้ยง ☐ พยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ ☐ OPD ☐ IPD

Clinical setting ☐ Medicine ☐ Pediatrics ☐ Surgery ☐ Orthopedics ☐ ER ☐ Family Medicine ☐ OB GYN

ช่วงเวลาแพทย์เพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงาน.....วันที่ให้ความเห็น.....

พฤติกรรม	Outstanding	Average	Below average	ประเมินไม่ได้	หมายเหตุ
1. ชื่อสัตย์					ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average
2. รับผิดชอบ					ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average
3. ตรงต่อเวลา					
4. แต่งกายสุภาพ					
5. ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ					
6. ทักษะในการสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน					
7. ดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมวิชาชีพ					ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average
8. อื่นๆ ระบุ.....					

ข้อควรพัฒนา

ลายเซ็นอาจารย์.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....

แบบประเมินทักษะทางหัตถการสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ  
Direct observation of procedural skills (DOPS)

ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ..... ชื่ออาจารย์ผู้ประเมิน.....

สถานที่ ☐ OPD ☐ IPD ☐ OR

Clinical setting ☐ Medicine ☐ Pediatrics ☐ Surgery ☐ Orthopedics ☐ ER ☐ Family Medicine ☐ OB GYN

Diagnosis.....

Procedure.....

Complexity of case: ☐ Low ☐ Average ☐ High

ทักษะหัตถการ	ถูกต้อง สมบูรณ์	ถูกต้องเป็น ส่วนใหญ่	ไม่ถูกต้อง/ ถูกต้องเพียง เล็กน้อย	ประเมิน ไม่ได้	หมายเหตุ
1.บอกข้อบ่งชี้ ภาวะวิกฤตที่เกี่ยวข้องและเทคนิคการทำหัตถการ					
2.ขอ inform consent					
3.เตรียมการก่อนทำหัตถการอย่างเหมาะสม					
4.ให้ยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม					
5.ทำหัตถการได้อย่างถูกต้องวิธี					
6.ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ					
7.ขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม					
8.การดูแลรักษาหลังจากทำหัตถการ					
9.ทักษะการสื่อสารและทำงานเป็นทีมกับเพื่อนร่วมงาน					
10.ดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมวิชาชีพ					

ระดับการประเมินความสามารถโดยรวม = ☐

- ☐ ระดับ 1 ไม่ผ่าน = ยังไม่สามารถอนุญาตให้ลงมือปฏิบัติได้ (ให้สังเกตการณ์เท่านั้น)
- ☐ ระดับ 2 ไม่ผ่าน = สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด
- ☐ ระดับ 3 ไม่ผ่าน = สามารถปฏิบัติงานได้เอง ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์
- ☐ ระดับ 4 ผ่าน = สามารถปฏิบัติงานได้เอง โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- ☐ ระดับ 5 ผ่าน = สามารถปฏิบัติงานได้เอง และควบคุมผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ข้อควรพัฒนา

ลายเซ็นอาจารย์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑๗๗

แบบประเมินทักษะทางหัตถการสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ  
Direct observation of procedural skills (DOPS)

ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ..... ชื่ออาจารย์ผู้ประเมิน.....  
 สถานที่ ☐ OPD ☐ IPD ☐ OR  
 Clinical setting ☐ Medicine ☐ Pediatrics ☐ Surgery ☐ Orthopedics ☐ ER ☐ Family Medicine ☐ OB GYN  
 Diagnosis.....  
 Procedure.....  
 Complexity of case: ☐ Low ☐ Average ☐ High

ทักษะหัตถการ	ถูกต้อง สมบูรณ์	ถูกต้องเป็น ส่วนใหญ่	ไม่ถูกต้อง/ ถูกต้องเพียง เล็กน้อย	ประเมิน ไม่ได้	หมายเหตุ
1.บอกข้อบ่งชี้ ภาวะวิกฤตที่เกี่ยวข้องและเทคนิคการทำหัตถการ					
2.ขอ inform consent					
3.เตรียมการก่อนทำหัตถการอย่างเหมาะสม					
4.ให้ยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม					
5.ทำหัตถการได้อย่างถูกต้อง					
6.ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ					
7.ขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม					
8.การดูแลรักษาหลังจากทำหัตถการ					
9.ทักษะการสื่อสารและทำงานเป็นทีมกับเพื่อนร่วมงาน					
10.ดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมวิชาชีพ					

ระดับการประเมินความสามารถโดยรวม = ☐

- ☐ ระดับ 1 ไม่ผ่าน = ยังไม่สามารถอนุญาตให้ลงมือปฏิบัติได้ (ให้สังเกตการณ์เท่านั้น)
- ☐ ระดับ 2 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด
- ☐ ระดับ 3 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์
- ☐ ระดับ 4 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ
- ☐ ระดับ 5 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง และควบคุมผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ข้อควรพัฒนา

ลายเซ็นอาจารย์.....

วันที่.....เดือน.....พศ.....