

โรงพยาบาลรัฐประเทศ  
เลขรับที่... ๖๖๖๐  
วันที่... ๖๐ ๑๑ ๖๕  
เวลา... ๑๖.๒๘

บันทึกการส่งข่าวทางวิทยุ ของกระทรวงสาธารณสุข	
<p>ที่ข่าว สก ๐๐๓๓.๐๑๒/๖๑๓๖ ลักษณะข่าวด่วนที่สุด วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕</p>	<p>ที่หนังสือ สก ๐๐๓๓.๐๑๒/๖๑๓๖ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ เรื่อง ขอเชิญประชุมหารือทบทวนแบบฟอร์มนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS)</p>
<p>نامผู้รับ ผอ.รพร.สก /ผอ.รพ.อรัญประเทศ ตำแหน่ง สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p>	<p>نامผู้ส่ง สระแก้ว ๐๑ ตำแหน่ง สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว</p>

**ข้อความข่าว**

ด้วยกรมควบคุมโรค ขอเชิญประชุมหารือทบทวนแบบฟอร์มนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS) ในวันจันทร์ที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. ณ ห้องประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC-4) อาคาร ๕ ชั้น ๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผ่านระบบออนไลน์ Cisco Webex

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ขอเชิญผู้รับผิดชอบงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากหน่วยงานของท่าน เข้าร่วมประชุม ตามวันและเวลาดังกล่าว โปรดส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุม โดยสแกน QR Code รายละเอียดแนบเรียนมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

*๖๖๖๐*  
๐๖๖๐

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
- ☒ เพื่อโปรดพิจารณา
- ☒ เห็นควรมอบ... ๖๖๖๐๙.....
- ☐ อื่นๆ .....

\* แจ้งทาง LINE แล้ว

(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

๐ ๓ ต.ค. ๒๕๖๕

<p>อนุมัติให้ส่งข่าวได้ ลงชื่อ..... ตำแหน่ง..... (นางสาว.....)</p>	<p>พนักงานส่งข่าว (นางสาว.....) เวลา.....</p>	<p>พนักงานรับข่าว เวลา.....</p>
--	---	-------------------------------------

# ด่วนที่สุด

สธ ๐๔๔๕.๔/๑ ๒๗๘ ๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี  
รับเลขที่ ๗๒๓๒  
วันที่ 29 ก.ย. 2565  
กรมควบคุมโรค ๗๖.๒๘  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ กันยายน ๒๕๖๕

งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  
เลขที่รับ 308  
วันที่ 30 ก.ย. 2565  
เวลา 15.40 น.

เรื่อง ขอเชิญประชุมหารือทบทวนแบบฟอร์มนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. วาระการประชุม

จำนวน ๑ แผ่น

๒. แบบตอบรับผู้เข้าร่วมประชุม

จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS) และเนื่องจากระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาทั้งระบบ และเร่งการพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบให้เกิดข้อมูลเชิงปริมาณแล้วนั้น การพัฒนาเรื่องคุณภาพข้อมูล จึงถือได้ว่ามีความสำคัญเช่นกัน ดังนั้นการนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน และทบทวนระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance : IS) ในโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล และติดตามการดำเนินงานนั้น และมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว จึงได้พัฒนาการใช้แบบฟอร์มนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance : IS) จากเดิม เพื่อใช้ตรวจสอบความถูกต้องคุณภาพข้อมูล รวมทั้งรวบรวมการดำเนินงาน พร้อมทั้งปัญหา และอุปสรรคระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS) ในโรงพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ นั้น

กรมควบคุมโรค ขอเชิญ ผู้รับผิดชอบงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ เข้าร่วมประชุมหารือทบทวนแบบฟอร์มนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS) ในวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. ณ ห้องประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC - 4) อาคาร ๕ ชั้น ๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผ่านระบบออนไลน์ Cisco Webex ทั้งนี้ โปรดส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุม โดยสแกน QR Code ที่ปรากฏด้านล่างนี้ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอหมายผู้รับผิดชอบเข้าร่วมประชุม ตามวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

วิรัตน์ นนท์

กองป้องกันการบาดเจ็บ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๔๕๒

โทรสาร ๐ ๒๑๔๕ ๘๕๐๒

นายวิชา เปรมภิ  
ของอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิบดีกรมควบคุมโรค



ID: 2559 192 6626

แบบตอบรับฯ

password: dip1234

เรื่อง รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว

รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว)  
รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว) (IS)

ในชั้นคดีที่ 2 พ.ศ. 2565 วันที่ 04.30-15.00 น.  
สำหรับ รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว) (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว)  
วันที่ 3 ธ.ค. 2565 (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว) (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว)

- รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว

- รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว) (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว)  
รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว) (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว)  
รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว) (รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว)

รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว

รพ. ส.ร. ส.ร. แก้ว

(นางดารารัตน์ ให้งค์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

### ระเบียบวาระการประชุม

การประชุมหารือทบทวนแบบฟอร์มนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ

วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๕.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC - ๔) อาคาร ๕ ชั้น ๗  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผ่านระบบออนไลน์ (Cisco Webex Meetings)

#### ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

- การดำเนินงานนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance)

#### ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

- ไม่มี

#### ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

- ๓.๑ แบบฟอร์มตรวจสอบข้อมูล ๔ ราย (ใบ IS, OPD Card และ Chat ผู้ป่วยในที่  
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล)
- ๓.๒ แบบฟอร์มลงตรวจสอบข้อมูลภายในตารางสำเร็จรูปจากโปรแกรม IS (ทะเบียน  
ผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่ ER, แบบรายงาน IS เฉพาะ DBA, Dead ER, รับไว้  
รักษาที่โรงพยาบาล)
- ๓.๓ แบบฟอร์มเพิ่มเติม โดยรวบรวมจากใบ IS ตารางที่ ๒ ในโปรแกรม IS ทะเบียน ER  
และฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ที่มีการกรอกข้อมูลแล้ว (ย้อนหลัง ๑ เดือน  
นับจากวันที่นิเทศ)
- ๓.๔ แบบฟอร์มสรุปการสัมภาษณ์ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ
- ๓.๕ ขั้วเคลื่อนการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ  
(Injury surveillance : IS) ผ่านระบบ IS Checking ในโรงพยาบาลระดับ A S Mo

#### ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ

- ถ้ามี

แบบตอบรับ

ประชุมหารือทบทวนแบบฟอร์มนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury surveillance : IS)

ในวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๕.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC - ๔)

อาคาร ๕ ชั้น ๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผ่านระบบออนไลน์ (Cisco Webex Meetings)

๑. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail:.....

☐ เข้าร่วมประชุมแบบ On site

☐ เข้าร่วมประชุมแบบ Online

☐ ส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม

ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail:.....

๒. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail:.....

☐ เข้าร่วมประชุมแบบ On site

☐ เข้าร่วมประชุมแบบ Online

☐ ส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม

ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail:.....

**\*\*กรุณาส่งแบบตอบรับตาม QR Code ในหนังสือเชิญ**