



โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5785
วันที่ 25 ต.ค. 65
เวลา 14:07

ที่ สก ๐๐๓๓/ว ๒๕๐๗

ถึง โรงพยาบาล ทุกแห่งและกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

พร้อมหนังสือนี้ จังหวัดสระแก้ว ขอส่งหนังสือสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ ที่ สธ ๐๒๓๑/ว ๑๕๘๓ ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๕ เรื่องขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์โควิดเข้าอบรม หลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน



เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรขอ.....
☐ อื่นๆ

26 ต.ค. 65

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔ ต่อ ๓๐๖, ๓๐๗
โทรสาร ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔ ต่อ ๑๐๐

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
26 ต.ค. 2565



ที่ สธ ๐๒๓๑/ว ๑๕๔๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
รับเลขที่ ๗๒๐๗๐
วันที่ 21 ต.ค. 2565
เลขที่ ๗๕๔
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
ถนนวิชิตสงคราม ขบ ๒๐๐๐๐

๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตประชาสัมพันธ์โครงการเข้าอบรม หลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่ ๗๕๔
วันที่ 21 ต.ค. 2565
เวลา ๑๕.๓๐

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสถาบันโรคทรวงอก ที่ สธ ๐๓๑๖/ว ๔๙๕๒
ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สถาบันโรคทรวงอก แจ้งว่าภารกิจด้านการพยาบาล ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จัดหลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๒ หลักสูตร

๑. หลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด” ระยะเวลาอบรม แบ่งเป็น ๒ รอบ คือ

- รอบที่ ๑ (รุ่นที่ ๒๒) ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖
ภาคปฏิบัติ ระหว่างวันที่ ๓ เมษายน - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
รอบที่ ๒ (รุ่นที่ ๒๓) ภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๓ เมษายน - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖
ภาคปฏิบัติ ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖

โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต สามารถสมัครเข้ารับการอบรมในรอบที่ ๒ เขตละ ๒ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ - ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ซึ่งจะประกาศผลการคัดเลือกภายในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ ค่าลงทะเบียน คนละ ๕๐,๐๐๐ บาท

๒. หลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลผู้ดูแลโรคระบบหายใจ” รุ่นที่ ๑๑ ระยะเวลาอบรมภาคทฤษฎี ระหว่างวันที่ ๑๕ พฤษภาคม - ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และ ภาคปฏิบัติ ระหว่างวันที่ ๑๐ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต สามารถสมัครเข้ารับการอบรมในรอบที่ ๒ เขตละ ๑ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ซึ่งจะประกาศผลการคัดเลือก ภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖ ค่าลงทะเบียน คนละ ๕๐,๐๐๐ บาท

ในการนี้ ...

เรียน พล.ต.ท. ร.

- คำนึงถึง (concern) ที่ 6 รศตตาม
องค์การเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG)
และยุทธศาสตร์ "มหาวิทยาลัยเพื่อการพัฒนา
ประเทศไทย" ปี 2566 ด้านนวัตกรรม
- เพื่อไปลดผลกระทบด้านลบ

รศ. ทวีศักดิ์, NED

น.ส. ร.

21 ธ.ค. 65

65 ม.ค. 15

21 ธ.ค. 65

ทราบดำเนินการ

ท.

(นายไพรัชต์วิรัตน์ วิริยะภักตพงศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ ขอประชาสัมพันธ์บุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดของท่านให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยสามารถส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๗ ๐๔๔๔ ต่อ ๓๐๒๐๒ หรือ E-mail: trainingnurse.ccit@gmail.com รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

๑๐

(นายอภิรัตน์ กัตติญญานนท์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร ๐ ๓๘๔๓ ๒๔๕๐ ต่อ ๒๔๖๗-๘
โทรสาร ๐ ๓๘๒๗ ๖๖๓๕



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖
เลขรับ 2141
วันที่ ๑๐.๑๑.๒๕๖๕
เวลา

ที่ สธ ๐๓๑๖/๒๕๖๕

สถาบันโรคทรวงอก
๗๔ ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตประชาสัมพันธ์โครงการฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง"
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ ๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดหลักสูตรและใบสมัคร จำนวน ๒ โครงการ

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล(CHARO)
เลขที่ 1215
วันที่ 10.๑๑.2565
เวลา

ด้วยภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จัดหลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง" ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๒ โครงการ ดังนี้

๑. หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด" ระยะเวลาอบรม แบ่งเป็น ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ (รุ่นที่ ๒๒) ภาคทฤษฎี วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖
ภาคปฏิบัติ วันที่ ๓ เมษายน - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
รอบที่ ๒ (รุ่นที่ ๒๓) ภาคทฤษฎี วันที่ ๓ เมษายน - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖
ภาคปฏิบัติ วันที่ ๑ มิถุนายน - ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖

โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต สามารถสมัครเข้ารับการอบรมในรอบที่ ๒ เขตละ ๒ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ - ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ซึ่งจะประกาศผลการคัดเลือกภายในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ ค่าลงทะเบียน คนละ ๕๐,๐๐๐ บาท

๒. หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ" รุ่นที่ ๑๑ ระยะเวลาอบรม ภาคทฤษฎี วันที่ ๑๕ พฤษภาคม - ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ และ ภาคปฏิบัติ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต สามารถสมัครเข้ารับการอบรมในรอบที่ ๒ เขตละ ๑ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ซึ่งจะประกาศผลการคัดเลือกภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖ ค่าลงทะเบียน คนละ ๕๐,๐๐๐ บาท

สถาบันโรคทรวงอก ขออนุญาตประชาสัมพันธ์และคัดเลือกบุคลากรโรงพยาบาล ในสังกัดเขตสุขภาพของท่าน ให้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรฯ ดังกล่าว โดยสามารถส่งใบสมัคร และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๗ ๐๔๔๔ ต่อ ๓๐๒๐๒ หรือ Email: trainingnurse.ccit@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ผอ.ส.นพ. ๖

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันโรคทรวงอก ประสานสัมพันธ์โครงการฝึกอบรม
หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง" ประจำปี ๒๕๖๖

จำนวน ๒ หลักสูตร

เพื่อไปดำเนินการแข่งขันประกวดแข่งขัน เวทีงาน ส.ร.ร. รพ.

น.ส.พ.พ.

กนกศิลป์

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๔๔๔ ต่อ ๓๐๒๐๒

โทรสาร ๐ ๒๕๔๗ ๐๔๔๔

(นายเอนก กนกศิลป์)

ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก
ทราบ/ดำเนินการ

(นายอภิรัตน์ กัญญานันทน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖

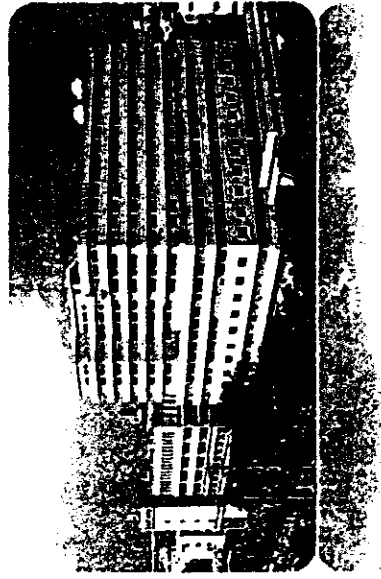


หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

Nursing Specialty in Cardiovascular
Disease Nursing (CVN)

โดยความร่วมมือระหว่าง

สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ ร่วมกับ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี



(ได้รับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง
50 หน่วยคะแนนจากสภาการพยาบาล)

หลักการและเหตุผล

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่ใช้ประมาณในการดูแลรักษาที่สูง และส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ และปัญหาด้านเศรษฐกิจสาธารณสุข ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ มีการกึ่งในการให้บริการดูแลรักษาพัฒนาองค์ความรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉพาะผู้ใหญ่ในระดับตติยภูมิ มีผู้รับบริการและระบบส่งต่อตามรูปแบบ "เครือข่ายบริการ" (Service plan) ทำให้สถาบันโรคทรวงอก ต้องมีการพัฒนาทั้งด้านบริการและวิชาการอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการพัฒนาศักยภาพพยาบาล ให้ความรู้เฉพาะทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เป็นเลิศด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านวิชาการเทคโนโลยี เศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ

โครงสร้างของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิต รวมตลอดหลักสูตร	17 หน่วยกิต
ภาคทฤษฎี	11 หน่วยกิต (15 ชม./หน่วยกิต)
ภาคปฏิบัติ	6 หน่วยกิต (60 ชม./หน่วยกิต)

รายวิชาที่กำหนด

1. วิชาแกน จำนวน 2 หน่วยกิต (1 รายวิชา)
 - 1.1 วิชานโยบายสุขภาพและระบบการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด (Health Policy and Cardiovascular Nursing)
2. วิชาบังคับของสาขาทางคลินิก จำนวน 2 หน่วยกิต (1 รายวิชา)
 - 2.1 วิชาประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก (Advanced Health Assessment and Clinical Judgment)
3. วิชาความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา จำนวน 13 หน่วยกิต (6 รายวิชา)
 - 3.1 วิชาหลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Nursing Principle and Concepts of Cardiovascular Nursing)
 - 3.2 วิชาการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือดในระยะฉุกเฉินและระยะวิกฤต (Nursing care for Patient with Specific Critical Illness)
 - 3.3 วิชาการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเฉียบพลันและเรื้อรัง (Nursing care for adult patients with acute and chronic heart diseases)
 - 3.4 วิชาปฏิบัติการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือดในระยะฉุกเฉินและระยะวิกฤต (Nursing Practicum for Patients with Specific Critical Illness)
 - 3.5 วิชาปฏิบัติการพยาบาลหัวใจเฉียบพลันและเรื้อรัง (Nursing care for adult patients with acute and chronic heart diseases)
 - 3.6 วิชาการจัดการข้อมูล (Practicum of Health Information Management System and Evidence Based Application)

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพให้มีสมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบองค์รวมสามารถประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง เข้าใจความซับซ้อนทางพยาธิวิทยาวิเคราะห์สถานการณ์และโรคร่วม ตลอดจนใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อยู่ในระยะวิกฤต ดุกเงิน พื้นผิวและเรื้อรัง บนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการพยาบาล ตลอดจนแนวทางการดูแลต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพ

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการดูแลและการคุ้มครองขั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล
2. มีหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาและหนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาเต็มเวลาจากหน่วยงานต้นสังกัด
3. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี นับถึงวันสมัคร
4. ไม่ตั้งครรภ์ก่อนและขณะเข้ารับการอบรม
5. ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก

ระยะเวลาศึกษาอบรมตลอดหลักสูตร 4 เดือน (16 สัปดาห์)
สถานที่เรียน ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

วิธีการอบรม

1. การบรรยาย อภิปรายกลุ่ม สัมมนา ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
2. ฝึกปฏิบัติและดูงานภายในสถาบันโรคทรวงอก
3. ศึกษาดูงานภายนอก สถาบันโรคทรวงอก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้เข้ารับการอบรมต้องมีระยะเวลาอบรม ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในแต่ละรายวิชา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
2. เกรดเฉลี่ยแต่ละรายวิชา ไม่ต่ำกว่า 2.00 หรือไม่ต่ำกว่าร้อยละ 65 และเกรดเฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 2.50 หรือร้อยละ 70
3. ได้รับประกาศนียบัตรรับรอง การช่วยชีวิตขั้นสูงจากสถาบันที่ผ่านการรับรองของสมาคมแพทยโรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์

ระยะเวลาในการรับสมัคร

ตั้งแต่บัดนี้ - 9 ธันวาคม 2565

ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

วันที่ 23 ธันวาคม 2565

อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนท่านละ 50,000.- บาท

รอบที่ 1 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2566 (ภาคทฤษฎี)
วันที่ 3 เมษายน - 26 พฤษภาคม 2566 (ภาคปฏิบัติ)
รอบที่ 2 วันที่ 3 เมษายน - 31 พฤษภาคม 2566 (ภาคทฤษฎี)
วันที่ 1 มิถุนายน - 28 กรกฎาคม 2566 (ภาคปฏิบัติ)

ทีมพี่ใบสมัครและส่งใบสมัครทาง

E-mail: trainingcourse.ccit@gmail.com เท่านั้น

ผู้ประสานงานหลักสูตรฯ

น.ส. นุชจรี สุขสุนทร /
น.ส. ปัทมพร สัมพันธ์การพานิช /
นางพรณี บัลลังก์

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก

ตำแหน่งนางกระสอ อำเภอเมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2547-0999 ต่อ 30202

หรือทาง E-mail: trainingcourse.ccit@gmail.com

หมายเหตุ :

** ผู้สมัครเลือกรอบที่ต้องการอบรม

** ระยะเวลาในการชำระค่าลงทะเบียนจะประกาศให้ทราบภายหลัง
จากได้รับคัดเลือก โดยประกาศทางเว็บไซต์สถาบันโรคทรวงอก
www.ccit.go.th

(ผู้ที่ชำระค่าลงทะเบียนแล้วหากสงสัยขอสงวนสิทธิ์ในการ
คืนเงินค่าลงทะเบียน)

ชำระค่าลงทะเบียน

ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของ

สถาบันโรคทรวงอก

เลขที่บัญชี 108-0-26527-9 ประเภทบัญชี ออมทรัพย์



ใบสมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด” รุ่นที่ 22 – 23 ปีงบประมาณ 2566
สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

☐ รอบที่ 1 รุ่นที่ 22 (ผู้สมัคร)

ภาคทฤษฎี วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2566

ภาคปฏิบัติ วันที่ 3 เมษายน – 26 พฤษภาคม 2566

☐ รอบที่ 2 รุ่นที่ 23 (โควตาเขตบริการสุขภาพ)

ภาคทฤษฎี วันที่ 3 เมษายน – 31 พฤษภาคม 2566

ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 มิถุนายน – 28 กรกฎาคม 2566

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

1. ข้อมูลผู้สมัคร

1.1 นาง/น.ส./นาย ชื่อ.....นามสกุล.....

1.2 NAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....SURNAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....

1.3 วัน เดือน ปี เกิด.....

1.4 อายุปี

1.5 เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).....วันหมดอายุ.....

1.6 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพวันหมดอายุ.....

1.7 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

1.8 ผ่านการอบรม ACLS Provider Course ☐ เคยอบรม ☐ ไม่เคยอบรม (ในกรณีผ่านการอบรมมาแล้วให้แนบสำเนาใบประกาศนียบัตร)

2. วุฒิการศึกษา

☐ปริญญาตรี สาขา.....

☐ปริญญาโท / เอก สาขา.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ชื่อโรงพยาบาล.....☐ ภาครัฐบาล ☐ ภาคเอกชน เขตพื้นที่บริการที่.....

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(นับตั้งแต่วันสำเร็จการศึกษา).....ปี.....เดือน

ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี

ตำแหน่ง.....ระดับ.....

ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน).....

.....

โทรศัพท์มือถือ.....ID LINE.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

E-mail

ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....

กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....

โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....

ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย.....

ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล ณ หน่วยงานเป็นเวลาปีเดือน

(นับถึงวันสุดท้ายของการเปิดฝึกอบรม)

ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน			
2. การปฏิบัติตามระเบียบวินัย			
3. เจตคติต่อวิชาชีพ			
4. มนุษย์สัมพันธ์			
5. สุขภาพ			
6. ความประพฤติ			

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



หนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....
ผู้สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ข้าพเจ้าขอรับรองต่อ ประธานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ที่จัดฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ หน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้
นาง/นางสาว/นาย..... เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรฯ กับ สถาบันโรคทรวงอก
โดยไม่ถือเป็นการลา หรือขาดการปฏิบัติงาน

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

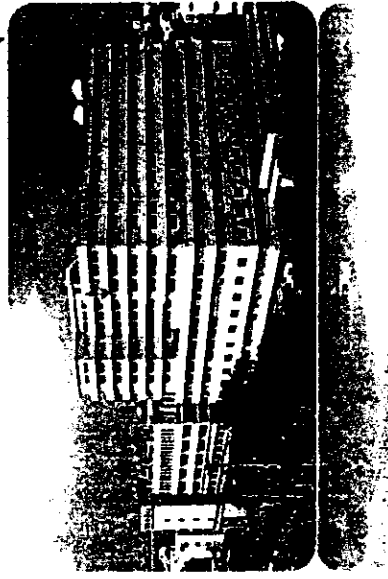
หมายเหตุ

1. ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. หากผู้มีสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบตามที่หลักสูตรฯกำหนด โดยไม่แจ้งเหตุ จำเป็นสุดวิสัยอย่างเป็นทางการต่อผู้จัดอบรม ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมครั้งต่อไป และจะมีหนังสือแจ้งรายงานต่อผู้มีอำนาจอนุมัติต่อไป



หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ
Nursing Specialty in Adult
Respiratory Nursing (ARN)

โดยความร่วมมือระหว่าง
สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ ร่วมกับ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี



(ได้รับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเมือง
50 หน่วยคะแนนจากสภาการพยาบาล)

หลักการและเหตุผล

สถาบันโรคทรวงอก เป็นสถาบันเฉพาะทางให้การดูแล
ผู้ป่วยเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอกในระดับตติยภูมิ
การพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ
ทางนับว่าเป็นภารกิจหนึ่งของสถาบันฯ เพื่อพัฒนางานบริการ
พยาบาลไปสู่บริการพยาบาลที่มีคุณภาพผู้ป่วยได้รับการดูแล
อย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัยและปราศจาก
ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

โครงสร้างของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิต รวมตลอดหลักสูตร 15 หน่วยกิต
ภาคทฤษฎี 10 หน่วยกิต (15 ชม./หน่วยกิต)
ภาคปฏิบัติ 5 หน่วยกิต (60 ชม./หน่วยกิต)

รายวิชาที่กำหนด

1. วิชาแกน จำนวน 4 หน่วยกิต (2 รายวิชา)
 - 1.1 วิชานโยบายสุขภาพและระบบบริการพยาบาล 2(2-0-4) หน่วยกิต (Health Policy and Nursing System)
 - 1.2 วิชาประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก
ในผู้ป่วยโรคระบบหายใจ 2(1-2-3) หน่วยกิต (Advance Health Assessment in Respiratory System and Clinical Decision Making)

2. วิชาความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา จำนวน 11 หน่วยกิต

- (4 รายวิชา)
 - 2.1 วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ 3(3-0-6) หน่วยกิต (Adult Respiratory Nursing)
 - 2.2 วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจระยะวิกฤต
(Adult Respiratory Critical Nursing) 3(3-0-6) หน่วยกิต
 - 2.3 วิชาการปฏิบัติพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ 2(0-8-0) หน่วยกิต (Adult Respiratory Nursing Practicum)
 - 2.4 วิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ
ระยะวิกฤต 3(0-12-0) หน่วยกิต (Adult Respiratory Critical Nursing Practicum)

วัตถุประสงค์

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ จัดขึ้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในด้านการพยาบาลเฉพาะสาขา ผู้เข้าอบรมมีความรู้เรื่องนโยบายสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยในระลอกวิกฤต ระยะฟื้นฟู และเรื่องรังไข่โรคระบบหายใจ มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและอุปกรณ์การแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน มีความรู้และทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย รวมทั้งการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสภาพร่างกายในระบบหายใจ ตลอดจนมีความสามารถในการพัฒนา จัดการกับระบบข้อมูลสุขภาพ ตั้งแต่รับผู้ป่วยจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการติดตามและส่งต่อสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านเพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล
2. มีหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาและหนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาเต็มเวลาจากหน่วยงานต้นสังกัด
3. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี นับถึงวันสมัคร
4. ไม่ตั้งครรภ์ก่อนและขณะเข้ารับการอบรม
5. ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน

สถานที่เรียน ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

วิธีการอบรม

1. การบรรยาย อภิปรายกลุ่ม สัมมนา ศึกษาค้นคว้า ด้วยตนเอง
2. ฝึกปฏิบัติและดูงานภายในสถาบันโรคทรวงอก
3. ศึกษาดูงานภายนอก สถาบันโรคทรวงอก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้เข้ารับการอบรมต้องมีระยะเวลาอบรม ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในแต่ละรายวิชา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
2. เกณฑ์เฉลี่ยแต่ละรายวิชา ไม่ต่ำกว่า 2.00 หรือไม่ต่ำกว่าร้อยละ 65 และเกณฑ์เฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 2.50 หรือร้อยละ 70
3. ได้รับประกาศนียบัตรรับรอง การช่วยชีวิตขั้นสูง จากสถาบันที่ผ่านการรับรองของสมาคมแพทยโรคหัวใจ ในพระบรมราชูปถัมภ์

ระยะเวลาในการรับสมัคร

ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2566

ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

วันที่ 15 มีนาคม 2566

อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนท่านละ 50,000. - บาท

ระยะเวลาศึกษาอบรมตลอดหลักสูตร 4 เดือน (16 สัปดาห์)

ภาคทฤษฎี วันที่ 15 พฤษภาคม - 7 กรกฎาคม 2566

ภาคปฏิบัติ วันที่ 10 กรกฎาคม - 31 สิงหาคม 2566

พิมพ์ใบสมัครและส่งใบสมัครทาง

E-mail: trainingnurse.ccit@gmail.com เท่านั้น

ผู้ประสานงานหลักสูตรฯ

น.ส. นุชจรี สุขสุนทร /

น.ส. ปัทมพร สัมพันธการพานิช /

นางพรรณนิ บัลลังก์

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก

ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2547-0999 ต่อ 30202

หรือทาง E-mail: trainingnurse.ccit@gmail.com

หมายเหตุ :

** ระยะเวลาในการชำระค่าลงทะเบียนจะประกาศให้ทราบภายหลังจากได้รับคัดเลือก โดยจะประกาศทางเว็บไซต์สถาบันโรคทรวงอก www.ccit.go.th

(ผู้ที่ชำระค่าลงทะเบียนแล้ว หากสละสิทธิ์ของวงสิทธิ์ในการคืนเงินค่าลงทะเบียน)

ชำระค่าลงทะเบียน

ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนพริ

ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของสถาบันโรคทรวงอก

เลขที่บัญชี 108-0-26527-9 ประเภทบัญชี ออมทรัพย์



ใบสมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ” รุ่นที่ 11 ปีงบประมาณ 2566
สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ภาคทฤษฎี วันที่ 15 พฤษภาคม – 7 กรกฎาคม 2566

ภาคปฏิบัติ วันที่ 10 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม 2566

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

1. ข้อมูลผู้สมัคร

- 1.1 นาง/น.ส./นาย ชื่อ.....นามสกุล.....
1.2 NAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....SURNAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....
1.3 วัน เดือน ปี เกิด.....
1.4 อายุปี
1.5 เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).....วันหมดอายุ.....
1.6 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพวันหมดอายุ.....
1.7 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
1.8 ผ่านการอบรม ACLS Provider Course ☐ เคยอบรม ☐ ไม่เคยอบรม (ในกรณีผ่านการอบรมมาแล้วให้แนบ
สำเนาใบประกาศนียบัตร)

2. วุฒิการศึกษา

- ☐ปริญญาตรี สาขา.....
☐ปริญญาโท / เอก สาขา.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ชื่อโรงพยาบาล.....☐ ภาครัฐบาล ☐ ภาคเอกชน เขตพื้นที่บริการที่.....
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(นับตั้งแต่วันสำเร็จการศึกษา).....ปี.....เดือน
ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี
ตำแหน่ง.....ระดับ.....
ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน).....

โทรศัพท์มือถือ.....ID LINE.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
E-mail

ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....

กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....

โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....

ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย.....

ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล ณ หน่วยงานเป็นเวลาปีเดือน

(นับถึงวันสุดท้ายของการเปิดฝึกอบรม)

ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน			
2. การปฏิบัติตามระเบียบวินัย			
3. เจตคติต่อวิชาชีพ			
4. มนุษย์สัมพันธ์			
5. สุขภาพ			
6. ความประพฤติ			

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



หนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....
ผู้สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ

ข้าพเจ้าขอรับรองต่อ ประธานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ
ที่จัดฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ หน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้
นาง/นางสาว/นาย..... เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรฯ กับ สถาบันโรคทรวงอก
โดยไม่ถือเป็นการลา หรือขาดการปฏิบัติงาน

ลงนาม.....
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. หากผู้มีสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบตามที่หลักสูตรฯกำหนด โดยไม่แจ้งเหตุ
จำเป็นสุดวิสัยอย่างเป็นทางการต่อผู้จัดอบรม ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมครั้งต่อไป และจะมีหนังสือแจ้งรายงานต่อผู้มีอำนาจอนุมัติต่อไป