



ที่ อว 68104.4/๖๖-00009

สาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

3 พฤศจิกายน 2565

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุข / ผู้อำนวยการ / คณบดี / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครเข้าอบรม จำนวน 1 ชุด

ด้วยฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และสาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดจัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ (Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้การพยาบาล แบบองค์รวม (Holistic Care) รวมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา ตามระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล จัดอบรม ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 – 31 พฤษภาคม 2566 ณ สาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รับสมัครผู้เข้าอบรมจำนวน 24 คน ค่าลงทะเบียนคนละ 40,000 บาท ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับ CNEU 50 หน่วยคะแนน สมัครให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2565

ในการนี้สาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรพยาบาลในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตร ฯ ดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และอื่น ๆ ได้ตามระเบียบต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมอบรมดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์แมนสิงห์ รัตนสุนทร)

หัวหน้าสาขาวิชาจักษุวิทยา

สาขาวิชาจักษุวิทยา

โทรศัพท์ 0-7445-1380-1

E-mail : sorawan@medicine.psu.ac.th



การมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อในผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ขึ้นไป
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail.....
ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... มหาวิทยาลัย/โรงพยาบาล.....
ฝึกปฏิบัติที่ภาควิชา/หน่วยงาน..... ช่วงเวลาเข้าฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่..... ถึง.....

ผู้ที่เข้าฝึกปฏิบัติต้องดำเนินการแสดงหลักฐานการตรวจว่าเป็นผู้มีภูมิคุ้มกัน/ได้รับวัคซีนคุ้มกันโรคติดต่อ ดังนี้

1. โรคหัด

- ☐ เคยฉีดวัคซีนครบ 2 เข็ม เข็ม 1 เมื่อ..... และเข็ม 2 เมื่อ.....
☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

2. โรคหัดเยอรมัน

- ☐ เคยฉีดวัคซีนอย่างน้อย 1 ครั้ง เข็ม 1 เมื่อ..... และเข็ม 2 (ถ้ามี) เมื่อ.....
☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

3. โรคไวรัสตับอักเสบบี

- ☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ท่านเป็น Non-responder (ได้รับ vaccine ครบ 2 course และภูมิคุ้มกันไม่ขึ้น)
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

4. โรคสุกใส

- ☐ ได้รับวัคซีน ครบ 2 ครั้ง เมื่อ.....
☐ เคยตรวจระดับภูมิคุ้มกัน เมื่อ..... ผล.....
☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจภูมิคุ้มกัน หรือไม่แน่ใจ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

5. ใช้หวัดใหญ่

- ☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันครั้งสุดท้ายไม่เกิน 1 ปี เมื่อ.....
☐ ฉีดวัคซีนป้องกันครั้งสุดท้ายเกิน 1 ปี ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

6. การควบคุมวัณโรคปอด (อย่างใดอย่างหนึ่ง)

6.1 ผลการทดสอบวัณโรคทางผิวหนัง ไม่เกิน 1 ปีก่อนมาฝึก และต้องได้รับการทดสอบแบบ two step PPD

- ☐ Negative ☐ Positive ☐ ไม่เคยทำ

6.2 ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่เกิน 3 เดือน นับจากวันที่มาฝึก (รับเฉพาะผลอ่านเท่านั้น)

- ☐ ปกติ ☐ ผิดปกติเล็กน้อย ☐ ไม่เคยทำ ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

ลงชื่อ

(.....) แพทย์ผู้รับรอง

วันที่/...../.....

เงื่อนไข/ข้อกำหนดก่อนเข้าฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ :

1. ผู้เข้าฝึกกรอกข้อมูล พร้อมแสดงหลักฐาน ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ

2. หากมีข้อสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อม โทรศัพท์ 0-7445-1092

ใบสมัครเข้าร่วมชมรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติทางทัน
ศัลยกรรม โรงพยาบาลนครินทร์

ชื่อ-สกุล / นาม / ชื่อ
.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงาน.....

လေ့ရှိ.....လူပု.....

[illegible]

.....ပာ/စာပေ

จังหวัด.....สกลนคร

เบอร์โทรศัพท์ทำงาน.....

.....อนึ่ง

E-mail Address.....

.....Mal'nicne y: snu b' h' en yu mei

ຄຸນວັດທະນາສາសິດ

.....

angr:us:aur:isun:isv:un:iv:faul:.....

.....

.....

[illegible]

.....

[illegible]

3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

[illegible]

5

การขาดแคลน

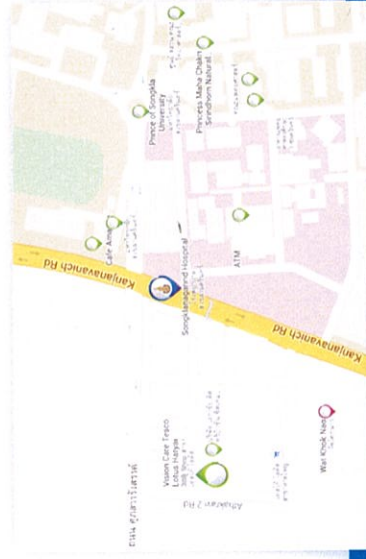
ดาวน์โหลดแบบฝึกหัดได้ที่ www.psu-eve.com

ข้าพเจ้าได้เเนบหลักฐานในการสมัครดังนี้

- ☐ สำเนาวุฒิการศึกษา
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)
- ☐ เอกสารการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคโควิด

จุดเริ่มต้นของหลักสูตร

- วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมตาม Service Plan ซึ่งเน้นความรู้ดี ปฏิบัติได้จริง
- มีหอพักรอบมหาวิทยาลัย เป็นทางสะดวก ลดเวลาในการเดินทาง
- สอนโดยคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์
- สถานฝึกอบรมเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีเครือข่ายที่ทันสมัย และมีความพร้อมสูง
- เปิดโอกาสให้งาน นิตยสารนอกสถานที่



แผนที่ตั้ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สาขาวิชาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

โทรศัพท์ 074-451381

สภากรรมาธิการรับรองหน่วยคะแนนและการศึกษาต่อเนื่อง
สภากรรมาธิการ 50 หน่วยคะแนน



หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ

Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner

8. निर्देश:-

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สาขาวิชาจุฬารัตนวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้อมูลเบื้องต้น

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาศาการพยาบาล
เวชปฏิบัติทางจักษุ

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถและทักษะ
ในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการ
พยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้
การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) รวมทั้งประ
เมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้อย่าง
เหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา
ตามระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

1. สำเร็จการศึกษาชั้นต้นระดับปริญญาตรีทางการ
พยาบาลหรือเทียบเท่า
2. เป็นผู้ปฏิบัติงานประกอบวิชาชีพสาขาศาการพยาบาล
3. มีประสบการณ์การทำงานในการพยาบาลผู้ป่วยทาง
ตาไม่น้อยกว่า 1 ปี

ระยะเวลาการอบรม 17 สัปดาห์

ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566
ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2566

สถานที่ฝึกอบรม

- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สาขาวิชาจักษุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท

- เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว มีสิทธิเบิกค่า
ลงทะเบียนจากต้นสังกัดได้ ส่วนพนักงานของรัฐเบิกได้ตาม
ระเบียบของโรงพยาบาล

การรับสมัคร

- ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2565
โดยสามารถ Download ใบสมัครได้ทาง
www.psu-eye.com

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์

วันที่ 9 มกราคม 2566 ทาง www.psu-eye.com

การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม

- รับสมัครจำนวน 24 คนเท่านั้น
- การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของ
คณะกรรมการ ผลการตัดสินที่ได้ถือเป็นอันสิ้นสุด

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

วันที่ 16 มกราคม 2566 ทาง www.psu-eye.com

การรายงานตัวเข้ารับการอบรมและปฐมบท

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566

วิธีชำระเงิน

โอนเงิน บัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเภท ออมทรัพย์
ชื่อบัญชี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(การชำระเงิน) เลขบัญชี 565-2-645612

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล
หรือเทียบเท่า
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ
การเวชกรรมฯ ขึ้น
3. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
4. หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่มี
อำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)
5. ใบสมัครเข้าร่วมอบรม
6. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 ใบ
7. เอกสารการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อ Download
ได้จาก www.psu-eye.com

ติดต่อสอบถามข้อมูล

คุณอรรถพร สุวรรณรัตน์
โทร : 074-451381/086-6857464
Email : sorawan@medicine.psu.ac.th
ID Line : 0866857464

ส่งใบสมัคร

หน่วยการจัดประชุม อาคารเรียนรวมและหอสมุดฯ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110
โทร : 074-451147 โทรสาร : 074-451127
Email : meeting@medicine.psu.ac.th

