



ที่ สท ๐๐๓๒.๒๐๓/ ๖๕๐

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
อำเภอศรีสำโรง สท. ๖๔๑๒๐

3 มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. กำหนดการอบรมฯ	จำนวน	๑	ฉบับ
	๒. แบบตอบรับการอบรม	จำนวน	๑	ฉบับ

ด้วย คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (service plan) กลุ่มบริการที่อาศัยความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง จังหวัดสุโขทัย ได้จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็งของโรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเทศบาล ในจังหวัดสุโขทัย เพื่อให้ดำเนินการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๕๐ - ๗๐ ปี ของจังหวัดสุโขทัย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการฯ ในวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมพงษ์ศักดิ์ เทียมสอาด ชั้น ๔ อาคาร ๕๐ ปีศรีสังวร โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ขออนุญาตการดังต่อไปนี้

๑. พยาบาลผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง ของโรงพยาบาลทุกแห่งฯ ๑ ท่าน
๒. ผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็ง (ฝ่ายเวชกรรมฯ) ของโรงพยาบาลทุกแห่งฯ ๑ ท่าน
๓. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการฯ ของโรงพยาบาลทุกแห่งฯ ๑ ท่าน

เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ขอให้ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมภายในวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๑ ทางอีเมล sinecostan๒๖@gmail.com รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอายุส ภมระภา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

ศัลยกรรมหญิง/เคมีบำบัด

โทร. ๐๕๕ - ๖๘๒๐๓๒-๔๒ ต่อ ๒๑๕๐-๒๑๕๑

โทรสาร ๐๕๕ - ๖๘๑๔๘๓

ผู้ประสาน: นายกิจจา อ่วมแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘๘-๒๗๓๓๔๗๘

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมพงษ์ศักดิ์ เทียมสอาด

ชั้น ๔ อาคาร ๕๐ ปีศรีสังวร โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน

๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. เปิดการอบรม

๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. เรื่อง ชี้แจงโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และแนวทางส่งส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) จังหวัดสุโขทัย

โดย นายแพทย์เกตุ ชูพันธ์ ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. เรื่อง การบันทึกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และการรายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดย นายวิรัตน์ สีนวล ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. เรื่อง การใช้ชุดน้ำยาดตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test)

โดย นางรมิตา อุตบัววงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย

๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. เรื่อง ฝึกปฏิบัติการใช้ชุดน้ำยาดตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test)

วิทยากลุ่มโดย กลุ่มที่ ๑ นางรมิตา อุตบัววงศ์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสุโขทัย

กลุ่มที่ ๒ นางสาวสุมาลี แก้วเนย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

กลุ่มที่ ๓ นางชนัดดา แสงวงลาภ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. สรุปรายงานและอภิปรายทั่วไป

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา ๑๐.๓๐ น. และ ๑๔.๓๐ น.

แบบตอบรับเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมพงษ์ศักดิ์ เทียมสอาด

ชั้น ๔ อาคาร ๕๐ ปีศรีสังวร โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

.....

หน่วยงาน.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน	เบอร์โทรศัพท์

หมายเหตุ: ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมภายในวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๑ ทางอีเมล sinecostan๒๖@gmail.com