



กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
เลขที่รับ 16954  
วันที่ 20 มิ.ย. 2561

ที่ สธ ๐๓๐๔/ว ๒๕

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) 110  
กรมการแพทย์ อำเภอสสามพราน  
จังหวัดนครปฐม ๗๓๒๑๐

๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
เลขที่รับ 1428  
วันที่ 21 มิ.ย. 2561  
เวลา.....

เรื่อง ขออนุญาตอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร Ophthalmic Technicians รุ่นที่ ๑๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุข/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/คณบดีมหาวิทยาลัย

- |                  |                   |       |   |      |
|------------------|-------------------|-------|---|------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. โครงการ        | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
|                  | ๒. ใบสมัครการอบรม | จำนวน | ๑ | ฉบับ |

ด้วยโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กำหนดจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร Ophthalmic Technicians รุ่นที่ ๑๒ ระหว่างวันที่ ๒๙ เมษายน - ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรม มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษทางจักษุได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ สามารถนำความรู้ในการอบรมไปประยุกต์ใช้ในองค์กรของตน โดยมีส่วนช่วยเหลือจักษุแพทย์ในการคัดกรอง วินิจฉัย ติดตามรักษาผู้ป่วยทางจักษุต่อไป

ในการนี้ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ ให้แก่ บุคลากรในสังกัดของท่านสมัครเข้ารับการอบรม สามารถกรอกแบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมอบรม ส่งมายังงานถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) โทรศัพท์ ๐ ๓๔๓๘ ๘๗๐๐-๒ ต่อ ๗๑๖๙ โทรสาร ๐ ๓๔๒๒ ๕๕๖๙ โดยเก็บค่าลงทะเบียน ท่านละ ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) โดยโอนเข้าบัญชี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๗๓๔-๐-๑๙๖๙๐-๐ ตั้งแต่วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ทั้งนี้ โดยไม่ถือเป็นวันลาและสามารถเบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ ตามระเบียบของทางราชการ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการอบรมดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.สสจ.กาญจนา

ขอแสดงความนับถือ

จึงเรียนมาเพื่อโปรด

- ให้แจ้ง งานกลุ่มแพ่ง
- ให้แจ้ง คณ. นวสสจ
- ให้แจ้ง รน./... นางลารจริญา ดันปะตีง
- หัวหน้ากลุ่มงาน... นักทรัพยากรบุคคล
- หัวหน้ากลุ่มงาน.....

*(Signature)*  
21 มิ.ย. 61

*(Signature)*

6696  
*(Signature)*

(นางสายจินต์ อีสีประดิษฐ์)  
ผู้อำนวยการ (นายไพรัตน์ สงคราม)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์  
22 มิ.ย. 61  
(นางนิศารวรรณ รักโคตร)

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ  
โทรศัพท์ ๐ ๓๔๓๘ ๘๗๐๐-๒ ต่อ ๗๑๖๙  
โทรสาร ๐ ๓๔๒๒ ๕๕๖๙



นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
ปทุมนคร แห่งนครพนม



## โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร Ophthalmic Technicians รุ่นที่ ๑๒

ชื่อโครงการ โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร Ophthalmic Technicians รุ่นที่ ๑๒

### หน่วยงานรับผิดชอบ

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)

- งานเครื่องมือพิเศษทางจักษุวิทยา ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุวิทยา
- งานถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

### หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันวิทยาการและความก้าวหน้าทางการแพทย์ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว การวินิจฉัยรักษาทางการแพทย์ทางด้านจักษุวิทยาก็เช่นกัน ได้มีการนำเครื่องมือพิเศษต่างๆมาช่วยในการวินิจฉัยรักษาโรคอย่างกว้างขวางเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อช่วยให้จักษุแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในส่วนของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเครื่องมือพิเศษทางจักษุวิทยาต่างๆมาใช้ในการวินิจฉัยรักษาอย่างมากมาย เช่น Ophthalmic Photography, A-scan, Troprography, Specular microscope, HRT, Retinoscopy, Visual field ฯลฯ กอปรกับโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการใช้เครื่องมือพิเศษทางจักษุวิทยา ส่งผลให้การทำงานในทีมสุขภาพดำเนินไปอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเป็นการพัฒนาบุคลากรทางด้านจักษุ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือพิเศษทางจักษุวิทยาได้อย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน
๒. เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้เครื่องมือพิเศษทางจักษุวิทยา สนับสนุนการทำงานของจักษุแพทย์ ในการตรวจคัดกรอง วิเคราะห์ ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยทางจักษุวิทยาอย่างมีประสิทธิภาพ

### กลุ่มเป้าหมาย

เทคนิคเขียนทางจักษุวิทยา พยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุวิทยา พยาบาล และผู้ที่ปฏิบัติงานเครื่องมือพิเศษทางจักษุ สังกัดหน่วยงานภายนอก จำนวน ๘ คน

### คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

๑. ผู้เข้าอบรมมีวุฒิการศึกษาไม่น้อยกว่าปริญญาตรี ต้องมีประสบการณ์การทำงานด้านเครื่องมือพิเศษทางจักษุวิทยา ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
๒. ผู้เข้าอบรมมีวุฒิการศึกษาไม่น้อยกว่าประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ต้องมีประสบการณ์การทำงานด้านเครื่องมือพิเศษทางจักษุวิทยาไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. เป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาให้ลา มาศึกษาได้ตลอดเวลาของหลักสูตร

## รูปแบบการอบรม

๑. บรรยาย/อภิปรายกลุ่ม
๒. ฝึกปฏิบัติ
๓. อภิปรายรายบุคคล

## องค์ประกอบของหลักสูตร The Ophthalmic Technicians

๑. Ophthalmic Photography
๒. การวัดเลนส์ Biometry (A-scan)
๓. การตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องวัดความโค้งกระจกตา (Topography)
๔. การตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องนับเซลล์ตา (Specular microscope)
๕. การตรวจวิเคราะห์ข้อประสาทตาชนิดเลเซอร์สแกน (HRT)
๖. การวัดสายตาด้วย (Retinoscopy)
๗. การวัดลานสายตา (Visual field)
๘. Work up in English for Ophthalmic Technicians.

## ระยะเวลา

ระยะเวลา ๑๐ สัปดาห์ วันที่ ๒๙ เมษายน – ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

(เฉพาะวันราชการ เว้นวันหยุดเสาร์ อาทิตย์และวันหยุดพิเศษอื่นๆ)

- ภาคทฤษฎี ๒ สัปดาห์
- ภาคปฏิบัติ ๘ สัปดาห์

## สถานที่

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

## งบประมาณ

เก็บค่าลงทะเบียนผู้เข้ารับการอบรม คนละ ๓๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๘ คน รวมเป็นเงิน ๒๔๐,๐๐๐ บาท

(สองแสนสี่หมื่นบาทถ้วน)

## การประเมินผล

- ทดสอบภาคทฤษฎี
- ทดสอบภาคปฏิบัติ
- รายงานการศึกษาผู้ป่วย
- การรายงาน ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ

\*\*\* ผู้ผ่านการประเมินผลการฝึกอบรม จะได้รับประกาศนียบัตรจาก รพ.เมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในพิธีปิดการอบรม

## ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมการอบรม มีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษทางจักษุ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สามารถนำความรู้ในการอบรมไปประยุกต์ใช้ในองค์กรของตน โดยมีส่วนช่วยเหลือจักษุแพทย์ในการคัดกรอง วินิจฉัย ติดตามการรักษา ผู้ป่วยทางจักษุต่อไป

ใบสมัคร

Application form Ophthalmic Technicians รุ่นที่ ๑๒

(กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง และครบถ้วน จำนวน ๒ หน้า)

ชื่อ-นามสกุล (นาย,นาง,นางสาว) .....

วัน/เดือน/ปี เกิด ..... อายุ ..... ปี ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กิโลกรัม

สถานที่ทำงานปัจจุบัน

แผนก..... ตำแหน่ง .....

โรงพยาบาล (ชื่อ) .....

เลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน .....

ตำบล..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

โทรสารที่ทำงาน .....

โทรศัพท์มือถือ .....

E-Mail address .....

สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่า ( ) หม้าย

วุฒิการศึกษาสูงสุด .....

ประสบการณ์เกี่ยวกับงานจักษุวิทยา ..... ปี

ประสบการณ์เกี่ยวกับงานจักษุวิทยา	ไม่ได้	ได้พอใช้	ได้ดี	ดีมาก
Fundus Camera หรือ Non mydriatic				
การใช้ Slit lamp Photo				
การถ่ายภาพ Fluorescein หรือ ICG				
การใช้ OCT (Optical Coherence Tomography)				
การวัด Biometry (A-Scan)				
การวัด B-Scan				
การใช้เครื่องวัดลานสายตา (Visual Field)				
การวัดสายตาประกอบแว่นด้วย (Retinoscopy)				
**เครื่องมือพิเศษทางจักษุอื่นๆ**				

๑. คุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับการถ่ายภาพทางจักษุวิทยา

.....  
.....

๒. เครื่องมือพิเศษทางจักษุวิทยาที่คุณมีความชำนาญมากที่สุดและมีแนวทางในการพัฒนา  
เครื่องมือชิ้นนี้ให้ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดได้อย่างไร

.....  
.....

๓. ถ้าคุณมีโอกาสได้รับเลือกเป็นผู้อบรมหลักสูตร Ophthalmic Technicians คุณจะสนใจใน  
เครื่องมือชนิดใดเป็นพิเศษ เพราะอะไร

.....  
.....

๔. ความรับผิดชอบในฐานะของ Ophthalmic Technicians ในความคิดของคุณคืออะไร

.....  
.....

ลายเซ็นผู้สมัคร .....  
(ตัวบรรจง) .....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

(.....) อนุญาตให้มาสมัครอบรม และสามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

(.....) ไม่อนุญาตให้มาสมัครอบรม

ลายเซ็นผู้บังคับบัญชา .....  
(ตัวบรรจง) .....  
ตำแหน่ง .....  
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....