

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๓๖/๖๕๐๕



๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

มีดง 3 (๑๕๓๖๐)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ..... 8216
วันที่..... 4 สค 2560
เวลา.....

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑
ถนนการุณราชกูร์ อำเภอเมืองคู่งานพัฒนาบุดลาตรจ
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๕๐๐๐
วันที่..... 1533/60
เวลา..... ๒๒:๓๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต คอ นาลิก และสำรวจทรัพยากรทางการแพทย์สำหรับให้บริการผู้ป่วยทางด้านการแพทย์โรคไต คอ นาลิก

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑๑

- | | |
|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. (ร่าง)กำหนดการ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบฟอร์มแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. แบบฟอร์มสำรวจทรัพยากรทางการแพทย์สำหรับ
ให้บริการผู้ป่วยทางด้านการแพทย์โรคไต คอ นาลิก | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคไต คอ นาลิก โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ ดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต คอ นาลิก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบการรับ-ส่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต คอ นาลิกในประเทศไทย รวมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานจากเขตบริการสุขภาพ โดยกำหนดจัดประชุมฯ ในวันศุกร์ที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมกิ่งทอง ชั้น ๒ โรงแรมเอเชีย เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ดังรายละเอียด ตามกำหนดการที่ส่งมาด้วยนี้

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ ขอเรียนเชิญ บุคลากรดังต่อไปนี้

๑. แพทย์เฉพาะทางด้านโรคไต คอ นาลิก
๒. พยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านโรคไต คอ นาลิก
๓. นักโรคไตสัมพันธ์วิทยา
๔. นักแก้ไขการพูด

เข้าร่วมประชุมโดยไม่มีค่าลงทะเบียน และขอความร่วมมือตอบแบบสำรวจทรัพยากรทางการแพทย์ฯ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต คอ นาลิก พร้อมส่งแบบตอบรับผู้เข้าร่วมประชุม (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) และแบบฟอร์มสำรวจทรัพยากรทางการแพทย์ฯ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) ถึงสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ ภายในวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๐ E-mail: regioninspection6@gmail.com โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ (ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าเดินทาง) จากงบประมาณต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายจรศักดิ์ แก้วจรัส)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ

โทร. ๐ ๗๗๒๘ ๔๑๐๗

โทรสาร ๐ ๗๗๒๘ ๘๐๓๒

สำนักงาน รพ.ราชวิถี ๗ ส.ค. ๖๐

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๓๐๕/ว. ๕๓๙๗



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑
เลขที่รับ..... 1152
วันที่ 21 ก.ค. 2560
เวลา..... 14:09 น.

โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
๒ ถนนพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรค สอ นาสิก และ
สำรวจทรัพยากรทางการแพทย์สำหรับให้บริการผู้ป่วยทางด้านกายภาพบำบัด สอ นาสิก

เรียน ผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ ๑๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. (ร่าง)กำหนดการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบฟอร์มแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบฟอร์มสำรวจทรัพยากรทางการแพทย์สำหรับ ให้บริการผู้ป่วยทางด้านกายภาพบำบัด สอ นาสิก จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรค สอ นาสิก โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ ดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรค สอ นาสิก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรค สอ นาสิกในประเทศไทย รวมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานจากเขตบริการสุขภาพ โดยกำหนดจัดประชุมฯ ในวันศุกร์ ที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมกิ่งทอง ชั้น ๒ โรงแรมเอเชีย เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ดังรายละเอียดตามกำหนดการที่ส่งมาด้วยนี้

ในการนี้ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรค สอ นาสิก โรงพยาบาลราชวิถี ขอเรียนเชิญ บุคลากรในเขตบริการสุขภาพของท่านดังต่อไปนี้

๑. แพทย์เฉพาะทางด้านโรค สอ นาสิก
๒. พยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านโรค สอ นาสิก
๓. นักโสตสัมผัสวิทยา
๔. นักแก้ไขการพูด

เข้าร่วมประชุมโดยไม่มีค่าลงทะเบียน และขอความร่วมมือตอบแบบสำรวจทรัพยากรทางการแพทย์สำหรับให้บริการผู้ป่วยทางด้านกายภาพบำบัด สอ นาสิก เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรค สอ นาสิก พร้อมส่งแบบฟอร์มแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) และแบบฟอร์มสำรวจทรัพยากรทางการแพทย์ฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) ไปยังกลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี หรือ E-mail: am_phanuphon@hotmail.com หรือโทรสาร ๐ ๒๒๐๖ ๒๕๕๗ ภายในวันศุกร์ที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ (ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าเดินทาง) จากงบประมาณต้นสังกัด ผู้ประสานงาน นายภานุพล พงษ์อนุ โทร ๐ ๒๒๐๖ ๒๕๕๗, ๐๘ ๖๒๕๖ ๕๘๘๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายมานัส โพธาภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์
โทร ๐ ๒๓๕๔ ๘๓๐๘-๓๓ ต่อ ๒๘๑๐, ๐ ๒๒๐๖ ๒๕๕๗
โทรสาร ๐ ๒๒๐๖ ๒๕๕๗

(ร่าง) กำหนดการ

โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยด้านโสต ศอ นาสิก
วันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมกิ่งทอง ชั้น ๒ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร

เวลา	หัวข้อ/กิจกรรม	วิทยากร
๐๘:๓๐ - ๐๙:๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๙:๐๐ - ๐๙:๓๐ น.	ประธานกล่าวเปิดงานและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ	
๐๙:๓๐ - ๑๒:๐๐ น.	แบ่งกลุ่มระดมสมองเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาและอุปสรรคของระบบบริการการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก กลุ่ม ๑ ภาคเหนือ (เขตบริการสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓) กลุ่ม ๒ ภาคกลางและภาคตะวันออก (เขตบริการสุขภาพที่ ๔, ๕, ๖, ๑๓) กลุ่ม ๓ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขตบริการสุขภาพที่ ๗, ๘, ๙, ๑๐) กลุ่ม ๔ ภาคใต้ (เขตบริการสุขภาพที่ ๑๑, ๑๒)	๑.นพ.มานัส โพธาภรณ์ ๒.นพ.พรเอก อภิพันธุ์ ๓.นพ.ภักดี สรรค์นิกร
๑๒:๐๐ - ๑๓:๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓:๐๐ - ๑๔:๐๐ น.	แบ่งกลุ่มอภิปรายและสรุปประเด็นสำคัญเพื่อพัฒนาระบบบริการการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก กลุ่ม ๑ ภาคเหนือ (เขตบริการสุขภาพที่ ๑, ๒, ๓) กลุ่ม ๒ ภาคกลางและภาคตะวันออก (เขตบริการสุขภาพที่ ๔, ๕, ๖, ๑๓) กลุ่ม ๓ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขตบริการสุขภาพที่ ๗, ๘, ๙, ๑๐) กลุ่ม ๔ ภาคใต้ (เขตบริการสุขภาพที่ ๑๑, ๑๒)	๑.นพ.มานัส โพธาภรณ์ ๒.นพ.พรเอก อภิพันธุ์ ๓.นพ.ภักดี สรรค์นิกร
๑๔:๐๐ - ๑๖:๐๐ น.	สรุปภาพรวมของระบบบริการการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก	๑.นพ.พรเอก อภิพันธุ์ ๒.นพ.ภักดี สรรค์นิกร

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ภาคเช้า เวลา ๑๐:๐๐ น.

ภาคบ่าย เวลา ๑๔:๓๐ น.

แบบฟอร์มแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรค คอ นาสิก
ในวันศุกร์ ที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐
ณ ห้องประชุมกิ่งทอง ชั้น ๒ โรงแรมเอเชีย เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

สำนักงานเขตสุขภาพที่.....จังหวัด.....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	เบอร์ติดต่อ
๑				
๒				
๓				
๔				
๕				
๖				
๗				
๘				
๙				
๑๐				

ประเภทอาหาร

- อาหารธรรมดา ท่าน
- อาหารอิสลาม ท่าน
- อาหารมังสวิรัต ท่าน

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

หมายเหตุ : กรุณาแจ้งรายชื่อตอบรับเข้าร่วม **ภายในวันศุกร์ที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐**

ท่านสามารถแบบฟอร์มแจ้งรายชื่อได้ ๒ ช่องทางดังนี้

๑. ทาง E-mail: coeplus.rajavithi@gmail.com แจ้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ให้ชัดเจน
๒. ทางโทรสาร : ๐ ๒๒๐๖ ๒๙๕๗ **กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเขียนตัวบรรจงให้อ่านง่ายชัดเจน**

สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ผู้ประสานงานการประชุม นายภานุพล พงษ์ธนู

กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี

โทรศัพท์ : ๐๒-๒๐๖๒๙๕๗ , ๐๘ ๖๒๙๖ ๙๘๙๓ หรือ: ๐๒-๒๓๕๔๘๑๐๘-๓๗ ต่อ ๒๘๑๐

โทรสาร : ๐๒-๒๐๖๒๙๕๗ E-mail: am_phanuphon@hotmail.com

รายการ	จังหวัด										รวม	
๔. จำนวนผู้ป่วยและผู้รับบริการรักษา												
๔.๑ โรคมาเร็งที่ระชและเล้าคอ												
-ปีพ.ศ.๒๕๕๘												
-ปีพ.ศ.๒๕๕๙												
-ปีพ.ศ.๒๕๖๐												
-สถานบริการที่รับส่งต่อในเขต												
-สถานบริการที่รับส่งต่อนอกเขต												
๔.๒ โรคทางซู่												
-ปีพ.ศ.๒๕๕๘												
-ปีพ.ศ.๒๕๕๙												
-ปีพ.ศ.๒๕๖๐												
-สถานบริการที่รับส่งต่อ												
-สถานบริการที่รับส่งต่อนอกเขต												
๔.๓ โรคไชนัส												
-ปีพ.ศ.๒๕๕๘												
-ปีพ.ศ.๒๕๕๙												
-ปีพ.ศ.๒๕๖๐												
-สถานบริการที่รับส่งต่อ												
-สถานบริการที่รับส่งต่อนอกเขต												
รวม												

หมายเหตุ ๑.จำนวนผู้ป่วยหมายถึง จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามปีพุทธศักราช
 ๒.อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ หมายถึง ศักยภาพในการผ่าตัดและอุปกรณ์ในการผ่าตัด
 ๓.สถานบริการที่รับส่งต่อ หมายถึง รายชื่อสถานบริการที่ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษา

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านระบบบริการสุขภาพระดับเขตบริการสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
