



ใบสมัครคัดเลือกเพื่อเข้าฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล ประจำปี 2567

ติดรูปถ่าย ขนาด 2 นิ้ว

ของ

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

โปรดกรอกใบสมัครด้วยตัวบรรจง และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ทั้ง 3 หน้า (ส่ง 2 ชุด)

- ชื่อ-สกุล.....  
เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี  
สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ศาสนา.....
- สถานะ ( ) ข้าราชการ ( ) ลูกจ้างชั่วคราว ( ) พนักงาน..... ( ) อื่น ๆ โปรดระบุ.....
- ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด.....
- ที่อยู่.....  
โทรศัพท์มือถือ..... ที่อยู่ E-mail :.....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (พยาบาล).....  
ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบัน..... พ.ศ.....  
(ส่งสำเนาวุฒิการศึกษาแนบมาด้วย)  
สมัครเข้ารับการฝึกอบรมนี้ เป็นครั้งแรก ( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่ เคยลาออกระหว่างเรียน ในปี.....

รายชื่อสถาบันฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล            | 11. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา                                | 1 |
| 2. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี       | 12. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์                                |   |
| 3. โรงพยาบาลราชวิถี                      | 13. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช                                  |   |
| 4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า                | 14. โรงพยาบาลนครพิงค์  |   |
| 5. โรงพยาบาลชลบุรี                       | 15. โรงพยาบาลหาดใหญ่ * (รับเฉพาะเขต 12)                      |   |
| 6. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ | 16. โรงพยาบาลนครปฐม  |   |
| 7. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น       | 17. โรงพยาบาลอุดรธานี  |   |
| 8. โรงพยาบาลขอนแก่น                      | 18. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์                                |   |
| 9. โรงพยาบาลพุทธชินราช                   | 19. โรงพยาบาลราชบุรี ** (รับเฉพาะจ.ราชบุรี)                  |   |
| 10. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์   | 20. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ *** (รับเฉพาะจ.เชียงราย) |   |
|  | 21. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ** (รับเฉพาะต้นสังกัด)           |   |
6. สถาบันที่ต้องการสมัครเข้ารับการอบรมวิสัญญี ( ให้เลือกไว้ 3 ลำดับ เรียงลำดับตามความต้องการก่อนหลัง)  
ลำดับที่ 1 .....  
ลำดับที่ 2 .....  
ลำดับที่ 3 .....

กรณีสถาบันที่เลือกเต็มแล้ว  ให้คณะกรรมการฯ จัดสรรสถาบันฝึกฯ ให้  ขอสงวนสิทธิ์การเรียนในปีนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความตามที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ข้อมูลประกอบ การคัดเลือกเข้าฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล .....จังหวัด.....

สถานะของรพ.  A  S  M1  M2  F  อื่น ๆ (ระบุ) ..... จำนวน.....เตียง

ข้อมูล	รายละเอียดที่ต้องการ	จำนวน
ผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญี ทั้งหมด	ข้อมูลปีงบประมาณ 2566 ( 1 ตค. 2565 – 30 กย. 2566) โดยจำนวนต้องเท่ากับ จำนวนผู้ป่วยรวมข้อ 1-4	ราย/ปี
1. GA	ทำ GA อย่างเดียว หรือ GA ร่วมกับ technique อื่น เช่น GA ร่วมกับ SB หรือ GA ร่วมกับ PNB	ราย/ปี
	Total Anesthesia time (ถ้ามีข้อมูล)	ชั่วโมง/ปี
2. RA	ทำ SB หรือ EB อย่างเดียว หรือทำ SB หรือ EB ร่วมกับ PNB	ราย/ปี
	Total Anesthesia time (ถ้ามีข้อมูล)	ชั่วโมง/ปี
3. PNB	นับเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PNB เช่น BPB อย่างเดียว (ไม่ได้ทำ GA หรือ RA)	ราย/ปี
	Total Anesthesia time (ถ้ามีข้อมูล)	ชั่วโมง/ปี
4. MAC	นับเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการทำ MAC อย่างเดียว	ราย
	Total Anesthesia time (ถ้ามีข้อมูล)	ชั่วโมง/ปี
<b>ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567</b>		
ห้องผ่าตัด นับรวมจุดอื่นที่ วิสัญญีให้บริการทั้งหมด เช่น pain, preop.clinic, ห้องพักรฟื้น,x-ray,cath ฯ)	ห้องผ่าตัดและจุดบริการวิสัญญีทั้งหมด	ห้อง
	นับเฉพาะห้องผ่าตัดหรือจุดบริการที่มีการใช้งานในเวลาราชการ มากกว่า 4 ชม.ต่อวัน และไม่น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	ห้อง
	มีโครงการจะเปิดห้องผ่าตัดเพิ่มอีก ในพ.ศ. 2568-2570	ห้อง
วิสัญญีแพทย์	นับเฉพาะที่อยู่ในรพ. และปฏิบัติงานส่วนใหญ่ด้านวิสัญญี (ไม่นับผู้ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม)	คน
วิสัญญีพยาบาล	วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านวิสัญญีทั้งหมด	คน
	วิสัญญีพยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านวิสัญญีแล้ว หรือปฏิบัติงาน ด้านวิสัญญีน้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์	คน
	วิสัญญีพยาบาลที่จะเกษียณอายุราชการ ภายใน 2567-2569	คน
	วิสัญญีพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม	คน
แพทย์ (staff)	ทุกสาขาที่ใช้บริการวิสัญญี	คน

หมายเหตุ Total Anesthesia time หมายถึง เวลาทั้งหมดของแต่ละ technique นับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัดจนถึง  
ย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ไม่นับรวมเวลาพักรฟื้น

โรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าที่ใกล้ที่สุด คือ โรงพยาบาล.....ระยะทางห่างประมาณ .....กิโลเมตร

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้ให้ข้อมูล)

สำหรับผู้บังคับบัญชา

(ให้เหตุผลและความจำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณา)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**หมายเหตุ** ไม่พิจารณารับผู้เข้าฝึกอบรมที่มีพันธะเรื่องการอบรมข้าราชการใหม่ระหว่างการฝึกอบรม  
หลักสูตรวิสามัญพยาบาล