

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๓/ ๒๓๕



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘  
๔ ถนนอธิบดี จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรแพทย์เข้ารับการอบรมการถ่ายทอดองค์ความรู้การกู้ชีพแบบองค์รวม (Comprehensive Live Support : CLS)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง  
ในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับการประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมการแพทย์ ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ได้จัดทำหลักสูตรการอบรมการกู้ชีพแบบองค์รวม Comprehensive Life Support (CLS) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มศักยภาพของแพทย์เวชปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชน และสร้างความมั่นใจในบทบาทการกู้ชีพแบบองค์รวมให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ใช้ทุนและสามารถแก้ปัญหาในภาวะฉุกเฉินได้ และจากการอบรมในปี ๒๕๖๐ พบว่าบุคลากรในเขตสุขภาพที่ ๘ ยังไม่ได้เข้าร่วมการอบรม จึงได้กำหนดจัดอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้การกู้ชีพแบบองค์รวม (Comprehensive Live Support : CLS) ระหว่างวันที่ ๕ - ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ ศูนย์ฝึกอบรมสถานการณ์จำลองเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่าน ได้โปรดส่งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์ใช้ทุนจากโรงพยาบาลชุมชน เข้ารับการอบรมตามระยะเวลาและสถานที่ดังกล่าว ทั้งนี้ค่าใช้จ่าย (ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ และค่าที่พัก) เบิกจากต้นสังกัด และส่งแบบตอบรับไปยังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Rswaychro@gmail.com ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมิต ประสันนาการ)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
โทร. ๐-๔๒๒๒-๒๓๕๖ ต่อ ๑๓๓

## การถ่ายทอดองค์ความรู้การกู้ชีพแบบองค์รวม

CLS (Comprehensive Live Support)

วันที่ ๕ - ๗ มีนาคม ๒๕๖๑

ณ ศูนย์ฝึกอบรมสถานการณ์จำลองเวชศาสตร์ฉุกเฉิน กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

โรงพยาบาลราชวิถี

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ในการแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมดังต่อไปนี้

๑) เขตสุขภาพที่..... จังหวัด.....

๒) รายชื่อบุคลากรที่ส่งเข้ารับการอบรมในครั้งนี้ ดังนี้

|                                         |                                                                                                              |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย /นาง/นางสาว) ..... | อายุ.....ปี                                                                                                  |
| ตำแหน่งปัจจุบัน.....                    | <input type="checkbox"/> ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการพิเศษ |
| โรงพยาบาล.....                          | e-mail.....                                                                                                  |
| โทรศัพท์.....                           | โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....                                                                              |
| ๒. ชื่อ-นามสกุล (นาย /นาง/นางสาว) ..... | อายุ.....ปี                                                                                                  |
| ตำแหน่งปัจจุบัน.....                    | <input type="checkbox"/> ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการพิเศษ |
| โรงพยาบาล.....                          | e-mail.....                                                                                                  |
| โทรศัพท์.....                           | โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....                                                                              |
| ๓. ชื่อ-นามสกุล (นาย /นาง/นางสาว) ..... | อายุ.....ปี                                                                                                  |
| ตำแหน่งปัจจุบัน.....                    | <input type="checkbox"/> ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการพิเศษ |
| โรงพยาบาล.....                          | e-mail.....                                                                                                  |
| โทรศัพท์.....                           | โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....                                                                              |
| ๔. ชื่อ-นามสกุล (นาย /นาง/นางสาว) ..... | อายุ.....ปี                                                                                                  |
| ตำแหน่งปัจจุบัน.....                    | <input type="checkbox"/> ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการพิเศษ |
| โรงพยาบาล.....                          | e-mail.....                                                                                                  |
| โทรศัพท์.....                           | โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....                                                                              |
| ๕. ชื่อ-นามสกุล (นาย /นาง/นางสาว) ..... | อายุ.....ปี                                                                                                  |
| ตำแหน่งปัจจุบัน.....                    | <input type="checkbox"/> ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการพิเศษ |
| โรงพยาบาล.....                          | e-mail.....                                                                                                  |
| โทรศัพท์.....                           | โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....                                                                              |
| ๖. ชื่อ-นามสกุล (นาย /นาง/นางสาว) ..... | อายุ.....ปี                                                                                                  |
| ตำแหน่งปัจจุบัน.....                    | <input type="checkbox"/> ปฏิบัติการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการ <input type="checkbox"/> ชำนาญการพิเศษ |
| โรงพยาบาล.....                          | e-mail.....                                                                                                  |
| โทรศัพท์.....                           | โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ.....                                                                              |

## ๓) การรับประทานอาหาร

☐ อาหารทั่วไป.....คน ☐ อาหารมังสวิรัต.....คน ☐ อาหารอิสลาม.....คน

ผู้ให้ข้อมูล.....หน่วยงาน.....โทร.....

หมายเหตุ : รับจำนวนจำกัดเพียง ๓๐ คนเท่านั้น! กรุณาส่งแบบฟอร์มแจ้งรายชื่อผู้เข้ารับการอบรมไปที่ สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ทางอีเมลล์ naris3925@gmail.com ภายในวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑