



รุงธิวา

งานเภสัชกรรม รพ.ศรีนครินทร์

รับที่ 1982

วันที่ 28 ส.ค. 2563

เวลา 14.00 น.

(ใช้ DMS: 2049)

## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะเภสัชศาสตร์ งานการจัดการศึกษาและจัดการทั่วไป โทร 48339

ที่ อว 660301.11.1 / 4479

วันที่ 27 สิงหาคม 2563

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์รับนิสิต/นักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรม ประจำปี 2564

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ร่วมกันดำเนินการเพื่อจัดระบบการฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพ งานบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกัน 3 สถาบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดระบบการฝึกปฏิบัติงานของนิสิต/นักศึกษาในชั้นปีที่ 6 ที่มีความสอดคล้องและเป็นไปในทางเดียวกัน โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งเพื่อเป็นการลดภาระในการประสานงานของแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพกับ คณะเภสัชศาสตร์ทั้ง 3 สถาบัน นั้น

เพื่อให้การฝึกปฏิบัติงานบริหารทางเภสัชกรรม ในปีการศึกษา 2564 เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ในการนี้คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดำเนินการสำรวจแหล่งฝึกปฏิบัติงาน ด้านงานบริหารทางเภสัชกรรมของแหล่งฝึกปฏิบัติงานวิชาชีพเภสัชกรรม ในเขตจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่านโปรดกรอรายละเอียด ในการรับนิสิต/นักศึกษา เข้าฝึกปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม 2564 ถึงวันที่ 4 มีนาคม 2565 โดยระบุ จำนวนนักศึกษาที่สามารถรับได้ในแต่ละผลัด ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ และหากมีเงื่อนไขการรับการฝึกปฏิบัติงานต่อเนื่องหลายผลัดหรือต้องส่งนิสิต/นักศึกษามาครบตามที่ระบุไว้ครบถ้วนแจ้งให้ทราบโดยเขียนหมายเหตุระบุไว้ และโปรดส่งแบบสำรวจไปยัง รองคณบดีฝ่ายวิชาการและพัฒนานักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563 หากมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่คุณรุ่งทิภา ทะสังขา โทร 043-202378 ต่อ 48339 หรือ email: rungthiva@kku.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณท่านในความอนุเคราะห์ด้วยดีเสมอมา

ปลื้ม ม. อวต / ม. อวต  
นางสาว

- 1 ก.ย. 2563

(รองศาสตราจารย์อภิญญา ดาวสดใส)  
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

สำเนาเรียน : หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ งานเลขานุการ โทร. 63401

ที่ อว 660301.6.3.1/ว461

วันที่ ๑๑ สิงหาคม 2563

เรื่อง ขอแจ้งแนวทางการป้องกันโรคติดต่อสำหรับบุคลากรและนักศึกษาที่มาฝึกอบรบหรือเรียนหรือดูงาน  
ด้านบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เรียน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ/รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา/รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าภาควิชา/  
หัวหน้างาน/ผู้ตรวจการแผนกการพยาบาล

ตามบันทึกข้อความที่ อว 660301.6.3.1/ว461 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2563 เรื่อง ขอส่ง "แนวทางการป้องกันโรคติดต่อสำหรับบุคลากรที่มาฝึกอบรบ/เรียนหรือดูงานด้านบริการผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2563" นั้น เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางดังกล่าว ส่งผลให้บุคลากรและนักศึกษามีความพร้อมสำหรับการฝึกปฏิบัติงาน เกิดความปลอดภัย และลดความเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยจากการฝึกปฏิบัติงาน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้พิจารณากำหนดแนวทางการป้องกันโรคติดต่อสำหรับบุคลากรและนักศึกษาที่มาฝึกอบรบหรือเรียนหรือดูงานด้านบริการผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ และแนวปฏิบัติด้านการป้องกันโรคติดต่อฯ พร้อมแบบฟอร์มเอกสารแสดงข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อฯ (ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้)

ในการนี้ จึงใคร่ขอแจ้งแนวทางการป้องกันโรคติดต่อสำหรับบุคลากรและนักศึกษาที่มาฝึกอบรบหรือเรียน หรือดูงานด้านบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อให้ทุกภาควิชาและหน่วยงานได้ถือปฏิบัติ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม 2563 เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งบุคลากรในสังกัดทราบและถือปฏิบัติ จักขอบคุณยิ่ง

PL

(รองศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

สั่งเอาเข้า / 11/3 พ่อน  
 ม. อธิปัตย์ / ม. นกสี

24 ส.ค. 2563



แนวทางการป้องกันโรคติดต่อสำหรับบุคลากรและนักศึกษาที่มาฝึกอบรบหรือเรียนหรือดูงานด้านบริการผู้ป่วย  
ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

แนวทางการป้องกันโรคติดต่อฉบับนี้ ครอบคลุม บุคลากรต่อไปนี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาด้านการแพทย์ และบุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์ที่บริการผู้ป่วยโดยตรง โดยมาฝึกอบรบหรือเรียนหรือดูงานด้านบริการผู้ป่วยต่อเนื่องหรือชั่วระยะเวลานานกว่า 2 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1. แสดงหลักฐานหนังสือรับรองการได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากสถาบันต้นสังกัด หรือผลการตรวจคัดกรองหรือหลักฐานการฉีดวัคซีนก่อนเข้าฝึกอบรบหรือดูงานหรือในวันรายงานตัวเข้าศึกษาหรือฝึกปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้
  - 1.1 การได้รับวัคซีนหัด-คางทูม -หัดเยอรมัน (MMR) อย่างน้อย 2 ครั้ง หากไม่มีหลักฐานให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคางทูม หัด หัดเยอรมัน (MMR) จำนวน 1 เข็ม หรือตรวจภูมิคุ้มกันต่อโรค Measles IgG Mumps IgG Rubella IgG หากไม่มีภูมิคุ้มกันโรคครบทั้ง 3 โรค ให้ฉีด MMR 1 เข็ม
  - 1.2 การได้รับวัคซีนป้องกันโรคสุกใส (Varicella) อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือ มีประวัติการเป็นโรคสุกใสในอดีตพร้อมใบรับรองแพทย์และสำเนาหลักฐานการตรวจวินิจฉัย หรือมีผลตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อโรคสุกใส (Varicella Ab) หากไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคสุกใสให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสสุกใส ขนาด 0.5 ซี.ซี. จำนวน 2 เข็ม ห่างกัน 4 - 8 สัปดาห์
  - 1.3 การได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี (Hepatitis B) อย่างน้อย 3 ครั้ง หรือการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี (กระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค) จำนวน 1 ครั้ง หรือมีผลตรวจพบมีภูมิคุ้มกันต่อโรคตับอักเสบ บี (Anti Hbs  $\geq$  10 IU/mL) หรือถ้าผลตรวจ Anti Hbs  $<$  10 IU/mL ให้ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบ บี จำนวน 1 เข็ม
  - 1.4 การได้รับวัคซีน Tetanus Diphtheria acellular Pertussis vaccine (Tdap) จำนวน 1 ครั้ง ภายใน 10 ปี
  - 1.5 การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี
2. ต้องมีผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกปกติภายใน 6 เดือนก่อนมาฝึกอบรบหรือเรียนหรือดูงาน หากสงสัยเป็นวัณโรคต้องได้รับการรักษาก่อนมาฝึกอบรบหรือเรียนหรือดูงาน
3. กรอกเอกสารพร้อมแนบหลักฐานตามแนวทางที่กำหนดด้วยความเป็นจริงและยื่นเอกสารพร้อมหลักฐานที่หน่วยการเจ้าหน้าที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารแสดงข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อ  
สำหรับบุคลากรและนักศึกษาที่มาฝึกอบรมหรือเรียนหรือดูงานด้านบริการผู้ป่วย  
ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อ-นามสกุล.....

วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี

เบอร์โทร..... Email.....

ตำแหน่ง บุคลากรทางการแพทย์ สาขา.....  
แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ศึกษาต่อยอด  
นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาทันตแพทย์ นักศึกษาเภสัชศาสตร์  
นักศึกษาเทคนิคการแพทย์ นักศึกษาพยาบาล อื่น ๆ (ระบุ).....

สังกัด /สถาบันการศึกษา.....

สถานที่ศึกษา/ฝึกปฏิบัติงาน.....

ช่วงเวลาการศึกษา/ฝึกปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันที่ ...../...../..... ถึงวันที่ ...../...../.....

เอกสารแสดงการป้องกันโรคติดต่อ

วัคซีน/การตรวจร่างกาย	ประวัติ และหลักฐาน
คางทูม หัด หัดเยอรมัน: Mumps Measles Rubella (MMR)	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีนหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) อย่างน้อย 2 ครั้ง (แบบหลักฐาน) หรือ <input type="radio"/> ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคางทูม หัด หัดเยอรมัน (MMR) จำนวน 1 เข็ม หรือ <input type="radio"/> มีภูมิคุ้มกันต่อโรค Measles IgG Mumps IgG Rubella IgG (แบบหลักฐานผลตรวจ) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง.....
โรคสุกใส Varicella (Chicken Pox)	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีนป้องกันโรคสุกใส อย่างน้อย 2 ครั้ง (แบบหลักฐาน) หรือ <input type="radio"/> มีประวัติการเป็นโรคสุกใสในอดีตพร้อมใบรับรองแพทย์และสำเนาหลักฐานการตรวจวินิจฉัย หรือ <input type="radio"/> มีภูมิคุ้มกันต่อโรคสุกใส (Varicella Ab) แบบหลักฐานผลตรวจ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง.....
ไวรัสตับอักเสบบี: Hepatitis B	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) อย่างน้อย 3 ครั้ง (แบบหลักฐาน) หรือ <input type="radio"/> มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (ผล Anti HBs $\geq$ 10 IU/ml) (แบบหลักฐาน) หรือ <input type="radio"/> ฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 1 เข็ม (ฉีดกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค) (แบบหลักฐาน) หรือ <input type="radio"/> ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (ผล Anti HBs $<$ 10 IU/ml) แบบหลักฐานการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 1 เข็ม <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง.....
บาดทะยัก คอตีบ ไอกรน Tetanus Diphtheria Acellular Pertussis Vaccine (Tdap)	<input type="radio"/> ฉีดวัคซีน Tetanus Diphtheria acellular Pertussis vaccine (Tdap) จำนวน 1 ครั้ง ภายใน 10 ปี (แบบหลักฐาน) <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง.....
ไข้หวัดใหญ่ประจำปี: Seasonal Influenza vaccine	<input type="radio"/> วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 1 ครั้ง ภายใน 1 ปี <input type="checkbox"/> ไม่สามารถรับวัคซีนได้เนื่องจากเคยแพ้วัคซีน/มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากการได้รับวัคซีนครั้งก่อน ระบุอาการข้างเคียง.....
การตรวจภาพรังสีทรวงอก	<input type="radio"/> มีผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกปกติภายใน 6 เดือน หรือ <input type="radio"/> ได้รับการรักษาวัณโรคก่อนมาฝึกอบรมหรือเรียนหรือดูงาน (หากสงสัยเป็นวัณโรค)

หมายเหตุ : โปรดแนบเอกสาร เช่น สมุดฉีดวัคซีน หรือเอกสารรับรองการฉีดวัคซีนจากแพทย์ และ/หรือหลักฐานผลการตรวจภูมิคุ้มกันโรค

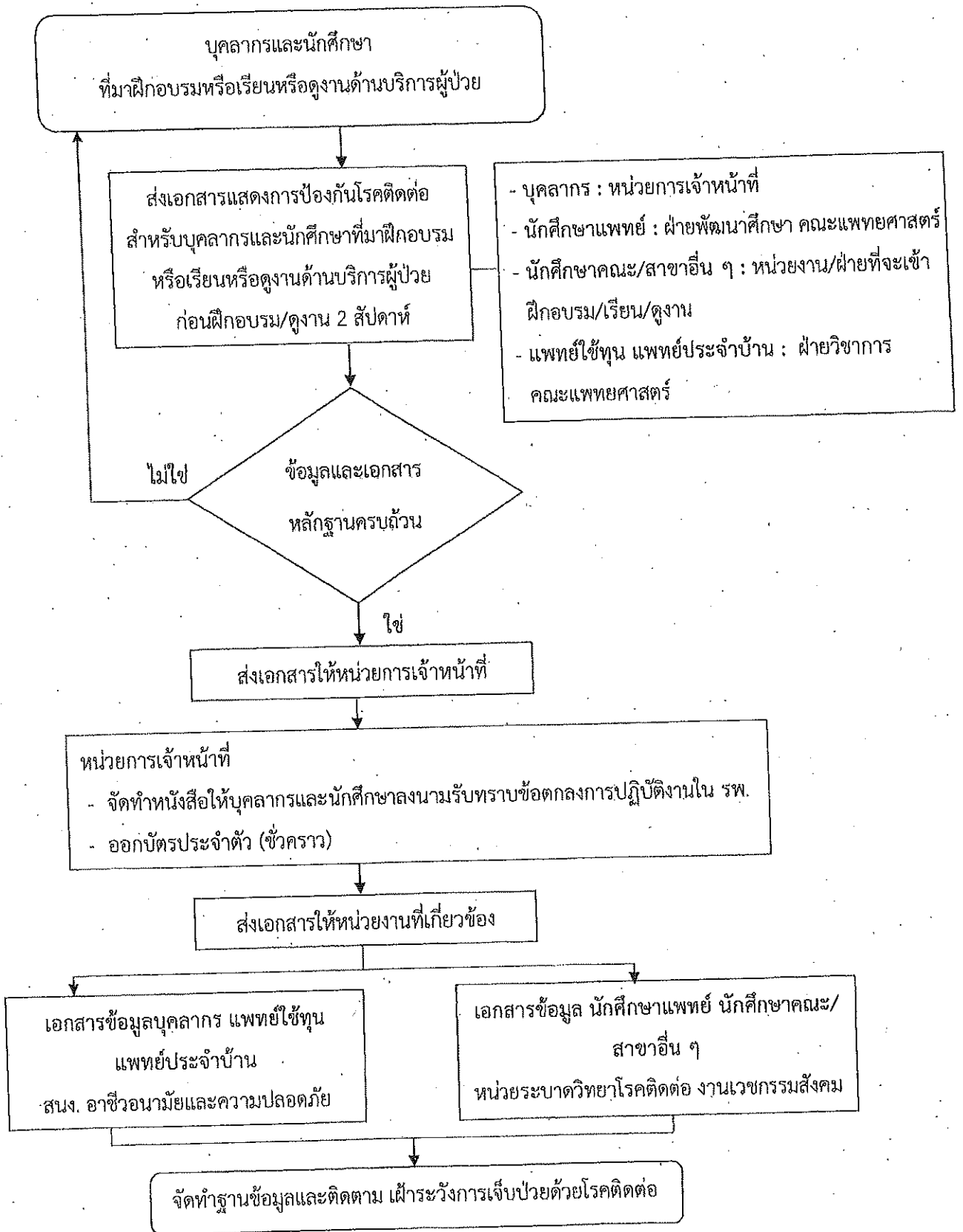
ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลที่ระบุในเอกสารนี้เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้าทราบว่าเป็นความรับผิดชอบของข้าพเจ้าที่จะต้องแจ้งว่าเกิดโรคติดต่อหรือภาวะทางสุขภาพที่อาจมีผลต่อผู้อื่นในระหว่างปฏิบัติงาน ข้อมูลเหล่านี้ถูกเก็บเป็นความลับ อย่างไรก็ตามในบางโอกาสอาจมีความจำเป็นต้องแจ้งข้อมูลนี้แก่ผู้เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม

ลงชื่อ .....

(.....)

วันที่.....

**แนวปฏิบัติด้านการป้องกันโรคติดต่อ**  
**สำหรับบุคลากรและนักศึกษาที่มาฝึกอบรมหรือเรียนหรือปฏิบัติงานด้านบริการผู้ป่วย**  
**ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**



- บุคลากร : หน่วยงานเจ้าหน้าที
- นักศึกษาแพทย์ : ฝ่ายพัฒนาศึกษา คณะแพทยศาสตร์
- นักศึกษาคณะ/สาขาอื่น ๆ : หน่วยงาน/ฝ่ายที่จะเข้าฝึกอบรม/เรียน/ดูงาน
- แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน : ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์