

ที่ มส.๐๐๓๓.๐๑๒/ว ๑๕๖๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ถนนขุนลุมประพาส มส. ๕๘๐๐๐

๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินตนเองในด้านคุณภาพและมาตรฐานสำหรับหน่วยปฏิบัติการ
การแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดแม่ฮ่องสอน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งและสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุมฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. เอกสารประกอบการประชุมฯ และแบบตอบรับฯ

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนได้กำหนดจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินตนเองในด้านคุณภาพและมาตรฐานสำหรับหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งการประชุมฯครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อชี้แจงแนวทางการตรวจประเมินมาตรฐานและการติดตามประเมินคุณภาพการปฏิบัติหน้าที่ตามเกณฑ์และวิธีการติดตามประเมินคุณภาพการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติการตามประกาศ กพฉ.เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ รวมถึงเรื่องการจัดทำแผนงาน โครงการ ข้อบัญญัติงบประมาณเกี่ยวกับงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดจัดประชุมฯขึ้น ในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ชั้น ๓ และห้องประชุมโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าประชุม ได้แก่ ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับในจังหวัดแม่ฮ่องสอน นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนจึงขอเรียนเชิญ แพทย์ พยาบาล ที่รับผิดชอบงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินตนเองในด้านคุณภาพและมาตรฐานสำหรับหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผ่านระบบ VDO conference โดยใช้โปรแกรม Zoom Meeting ID : ๙๔๓ ๐๓๗๙ ๘๕๐๐ Passcode : ๓๐๐๕๖๖ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และโปรดส่งแบบตอบรับ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ภายในวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเข้าร่วมการประชุมดังกล่าวต่อไป จักเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายทศพล ดิษฐ์ศิริ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

โทรศัพท์ ๐-๕๓๖๑-๑๒๘๑ , ๐-๕๓๖๑-๑๓๒๔

โทรสาร ๐-๕๓๖๑-๑๓๒๒

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เพื่อประเมินตนเองในด้านคุณภาพและมาตรฐานสำหรับหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดแม่ฮ่องสอน

วันอังคาร ที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ชั้น ๓ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน

และห้องประชุมโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

และผ่านระบบโปรแกรม Zoom Meeting ID : ๙๔๓ ๐๓๗๙ ๘๕๐๐ Passcode : ๓๐๐๕๖๖

เวลา	วาระการประชุม	หมายเหตุ
๐๘.๐๐ น.- ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๓๐ น.- ๐๙.๐๐ น.	พิธีเปิดการประชุม	
๐๙.๐๐ น.- ๑๐.๐๐ น.	บรรยาย หัวข้อเรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับ ดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ.๒๕๖๔ โดย เจ้าหน้าที่ จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	
๑๐.๐๐ น.- ๑๒.๐๐ น.	บรรยาย เรื่อง การจัดทำแผนงาน โครงการ ข้อบัญญัติงบประมาณเกี่ยวกับงานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย อาจารย์มานพ เชื้อบัณฑิต ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านสาธารณสุข	
๐๒.๐๐ น.- ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น.- ๑๔.๓๐ น.	บรรยาย หัวข้อเรื่อง แนวทางการประเมินตนเองตามลักษณะและลักษณะการปฏิบัติ หน้าที่หน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ.๒๕๖๔ โดยทีมงาน จังหวัดแม่ฮ่องสอน	
๑๔.๓๐ น.- ๑๖.๓๐ น.	ประชุมกลุ่มย่อย การประเมินตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมของหน่วยปฏิบัติการแพทย์เพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยทีมงาน จังหวัดแม่ฮ่องสอน	
๑๖.๐๐ น.- ๑๖.๓๐ น.	นำเสนอผลการประเมินตนเอง ปัญหาและอุปสรรค และ ปิดการประชุม	

หมายเหตุ : ๑. สถานที่จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฯ

หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

- เขตอำเภอเมือง ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ชั้น ๓

- อำเภอนอกเหนือจากนี้ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลอำเภอนั้นๆ โดยให้ประสานงานผ่านหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลอำเภอ ที่หน่วยปฏิบัติการฯปฏิบัติงานอยู่

๒. ผู้ประสานงาน

๑. นางสาวเปรมใจ หน่อแก้ว มือถือ ๐๘๒ ๓๘๕ ๘๙๘ ๙

๒. นางสาววิญญา พรหมเสน มือถือ ๐๖๑ ๕๕๐ ๗๐๐ ๘

เอกสารที่เกี่ยวข้อง



แบบตอบรับ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินตนเองในด้านคุณภาพและมาตรฐานสำหรับ
หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ในวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖
ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ชั้น ๓

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- ☐ เข้าร่วมการประชุมฯ
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมฯ ครั้งนี้ได้

๑. ชื่อ.....สกุล.....
ตำแหน่ง.....
สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทร.....
๒. ชื่อ.....สกุล.....
ตำแหน่ง.....
สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทร.....
๓. ชื่อ.....สกุล.....
ตำแหน่ง.....
สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทร.....
๔. ชื่อ.....สกุล.....
ตำแหน่ง.....
สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทร.....

หมายเหตุ : โปรดส่งเอกสารตอบรับกลับมายัง กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แม่ฮ่องสอน ภายในวันศุกร์ ที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ทางโทรศัพท์ ๐๕๓๖๑๑๒๘๑ ต่อ ๑๑๓

ผู้ประสานงาน ๑. นางสาวเปรมใจ หน่อแก้ว โทร. ๐๘๒ ๓๘๕ ๘๙๘ ๙
๒. นางสาววิญญา พรหมเสน โทร. ๐๖๑ ๕๕๐ ๗๐๐ ๘