



ประกาศศูนย์บริการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ รุ่นที่ ๒๒

ตามที่ ศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการ
รับสมัครบุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและ
การควบคุมการติดเชื้อ รุ่นที่ ๒๒ ระหว่างวันที่ ๒๐ เมษายน-๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๙ นั้น บัดนี้การพิจารณา
คัดเลือกได้เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-----|-----------------|--------------|
| ๑. | นางกรรณิกา | กิตติชญากรณ์ |
| ๒. | นางสาวกัลยา | พงษ์ชะอุ่มดี |
| ๓. | นางสาวกานต์ธีรา | เนียมหัตถ์ |
| ๔. | นางสาวการต์ธิดา | ภูดีทิพย์ |
| ๕. | นางสาวกุลธิดา | นระรา |
| ๖. | นางสาวกุลนิษฐ์ | โพธิ์ชัยยา |
| ๗. | นางเกษสุดา | วังขุนพรหม |
| ๘. | นางสาวชนิษฐา | จอมประมาณ |
| ๙. | นางขวัญใจ | ชื่นจ่อหอ |
| ๑๐. | นางสาวจริยา | อุษายะ |
| ๑๑. | นางสาวจรรุวรรณ | กองแก้ว |
| ๑๒. | นางจิราภรณ์ | บุญสูงศักดิ์ |
| ๑๓. | นางสาวจิราภรณ์ | อุดทะ |
| ๑๔. | นางจุฬาลักษณ์ | ยะอุโมงค์ |
| ๑๕. | นางสาวช่อผกา | สารวัตร |
| ๑๖. | นายชัยยงค์ | โพธิ์ศรี |
| ๑๗. | นายชัยวัฒน์ | ตึกควรเฮง |
| ๑๘. | นางจิตติมา | เทพณรงค์ |
| ๑๙. | นางสาวณัฐภูมิผล | พันธ์นา |
| ๒๐. | นายณัฐพล | ลำเกาะกลาง |
| ๒๑. | นางสาวธมลวรรณ | พิมพ์จันทร์ |
| ๒๒. | นางสาวนฤมล | พุ่มพวง |
| ๒๓. | นางสาวนวพร | ภูผา |
| ๒๔. | นางสาวนิตยา | แสนวิลัย |
| ๒๕. | นางนิลาวัลย์ | แสนลาด |
| ๒๖. | นางบุชรา | เต็มใจ |
| ๒๗. | นางบุปผา | อัยรักษ์ |

๒๘.	นางบุษบา	รติพวง
๒๙.	นางบุษบา	บุญจวบ
๓๐.	นางสาวปาจรีย์	โคตรชมภู
๓๑.	นางปิยรัตน์	ประดับศรี
๓๒.	นางสาวพัชรภรณ์	ฉิมมี
๓๓.	นางสาวพุฒมาศ	สิงห์คำ
๓๔.	นางสาวพุดิตา	เทียปรัตน์
๓๕.	นางเพ็ญภา	จันทร์เกลี้ยง
๓๖.	นางสาวภัทรจิตา	ตี๋โชติ
๓๗.	นางสาวมณฑาทิพย์	บุญมาตร
๓๘.	นางสาวยาสะมีน	คาวิจิตร
๓๙.	นางสาวยุวดี	หัตถก้อง
๔๐.	นางระพีภรณ์	ใจมั่น
๔๑.	นางสาวรัชฎาภรณ์	ดุดวง
๔๒.	นางวรรณิษา	ธรรมวัตร
๔๓.	นางวรรณษา	ข้อลา
๔๔.	นางสาววัชรินทร์	มณีจันทร์
๔๕.	นางศรีัญญา	จินดารัตน์
๔๖.	นางศิรินทิพย์	ขนานสุข
๔๗.	นางสาวศิริวรรณ	ไวยวงศ์
๔๘.	นายสกล	ชาวแกลง
๔๙.	นางสมถวิล	เรืองศิลป์
๕๐.	นางสินีนานู	เริงชัยภูมิ
๕๑.	นางสุธิดา	หล้าเลิศ
๕๒.	นางสาวสุภาณี	ดิษขุนทด
๕๓.	นางโสภิญญา	ชูสุวรรณ
๕๔.	นางสาวหฤทัย	ไชยจินดา
๕๕.	นางสาวหัสยา	ศรีชัยยนต์
๕๖.	นางสาวอัยดะห์	เซ็งยี
๕๗.	นางสาวอินทรา	ศรีกะชา
๕๘.	นางอุทุมพร	เต็งรัตนประเสริฐ
๕๙.	นางสาวอุมาพร	สีหาดี

ทั้งนี้ ให้ผู้ที่มีรายชื่อทุกคน ศึกษาข้อมูลให้ละเอียดรอบคอบและปฏิบัติตามโดยเคร่งครัดดังนี้

๑. กำหนดการรายงานตัว

ผู้ผ่านการคัดเลือกให้รายงานตัวทางโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๕๓๙๓ ๖๐๗๔ ระหว่างวันที่ ๒๕-๓๐ มีนาคม ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ ผู้ที่ไม่รายงานตัวตามวันเวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์

๒. กำหนดการชำระค่าลงทะเบียน

๒.๑ ให้ชำระค่าลงทะเบียนระหว่างวันที่ ๒๕ มีนาคม- ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙ จำนวน ๕๕,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาท) โดยชำระผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชื่อบัญชี “ศูนย์บริการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่” เลขที่บัญชี ๕๖๖-๔-๑๒๔๔๕-๘

๒.๒ ภายหลังจากชำระค่าลงทะเบียนให้ส่งหลักฐานการชำระเงินค่าลงทะเบียนทาง Line ID: NSCCMU หรือ E-mail : nsccmunews@gmail.com ระหว่างวันที่ ๒๕ มีนาคม - ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙

๒.๓ ภายหลังจากชำระค่าลงทะเบียนขอให้เข้าร่วมกลุ่ม Line ตาม QR code ท้ายประกาศนี้ เพื่อติดตามข่าวสาร/ประกาศ หรือซักถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าอบรม

๓. กำหนดการเปิดอบรมและการเรียนการสอน

วันจันทร์ที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๐๐ น. ณ ห้องประชุมชั้น ๕ อาคาร ๔ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้เข้าอบรมทุกคนต้องนำเอกสารแสดงการฉีดวัคซีนและภูมิคุ้มกันต่อเชื้อที่สามารถป้องกันได้ ตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศ พร้อมแนบหลักฐานยืนยันมาแสดงในวันเปิดอบรม

เอกสารประกอบการเรียนการสอนเป็น Electronic file ผู้เข้าร่วมอบรมควรมีอุปกรณ์สำหรับการเรียนเพื่อความสะดวก

๔. การแต่งกาย

๔.๑ ภาคทฤษฎี : แต่งกายด้วยชุดสุภาพ

๔.๒ ภาคปฏิบัติ : แต่งกายด้วยชุดเครื่องแบบพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๙

ทนาย อรุณ

(ศาสตราจารย์คลินิก ดร.พรหมพิไล ศรีอาภรณ์)
ผู้อำนวยการศูนย์บริการพยาบาล



เอกสารแสดงการฉีดวัคซีนและภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้
ผู้เข้าอบรมหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อ-นามสกุล.....สังกัด.....
 อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา..... รุ่นที่.....

โปรดแนบเอกสารการรับวัคซีน, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก

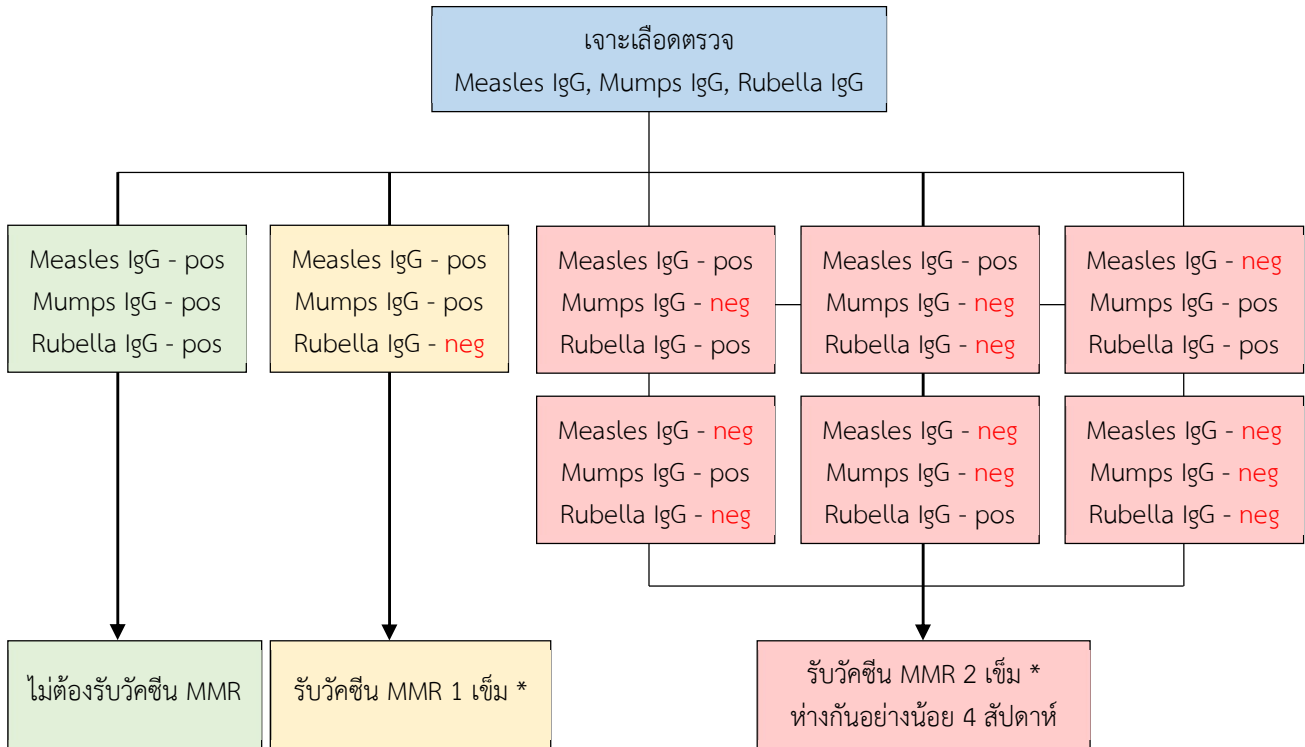
ไข้หวัดใหญ่ประจำปี : Seasonnal Influenza vaccine	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย :
บาดทะยัก คอตีบ +/- ไอกรน(แบบไม่มีเซลล์) : Tdap Tetanus Diphtheria Acellular Pertussis (Tdap)	ต้องได้รับวัคซีน Tdap อย่างน้อย 1 ครั้ง หลังอายุ 11 ปี จากนั้นควรฉีด Td กระตุ้นทุก 10 ปี วันที่รับวัคซีน Tdap :
คางทูม หัด หัดเยอรมัน : Mumps , Measles, Rubella (MMR) มีหลักฐานว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วจากการเจาะเลือด (IgG) ถ้ามีภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบทุกตัวต้องฉีดวัคซีนตามแนวปฏิบัติแนบท้าย	<input type="checkbox"/> เลือกแสดงหลักฐานการตรวจภูมิคุ้มกัน Measles IgG : วันที่ตรวจ..... ผล:..... Mumps IgG : วันที่ตรวจ..... ผล:..... Rubella IgG : วันที่ตรวจ..... ผล:..... <input type="checkbox"/> เลือกแสดงหลักฐานการฉีดวัคซีน วันที่รับวัคซีน MMR # 1: วันที่รับวัคซีน MMR # 2:
โรคสุกใส Varicella (Chicken Pox) : มีหลักฐานว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วจากการเจาะเลือด (IgG) หรือ ไม่มีภูมิคุ้มกันต้องรับวัคซีน 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 4 wks	วันที่ตรวจภูมิคุ้มกัน : ผล Varicella IgG <input type="checkbox"/> เป็นบวก <input type="checkbox"/> เป็นลบ วันที่รับวัคซีน # 1: วันที่รับวัคซีน # 2:
ไวรัสตับอักเสบบี : Hepatitis B	ตรวจ Hbs Ag วันที่ : ผล Hbs Ag <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative Anti-Hbs titer วันที่ : ผล : mIU/mL กรณีที่ผลตรวจ Anti-Hbs < 10 mIU/mL วันที่รับวัคซีน # 1 : วันที่รับวัคซีน # 2 : วันที่รับวัคซีน # 3 :
การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray) หากเคยมีประวัติเป็นวัณโรค ให้แจ้งประวัติและผลการรักษา	ตรวจ CXR วันที่ : ผลการตรวจ.....

ขอยืนยันว่าข้อมูลที่ระบุในเอกสารนี้ รวมทั้ง หลักฐานการตรวจที่แนบมาเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
 วันที่.....

แนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคก่อนเข้าฝึกปฏิบัติงาน
ศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. วัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (Mumps, Measles, Rubella vaccine)

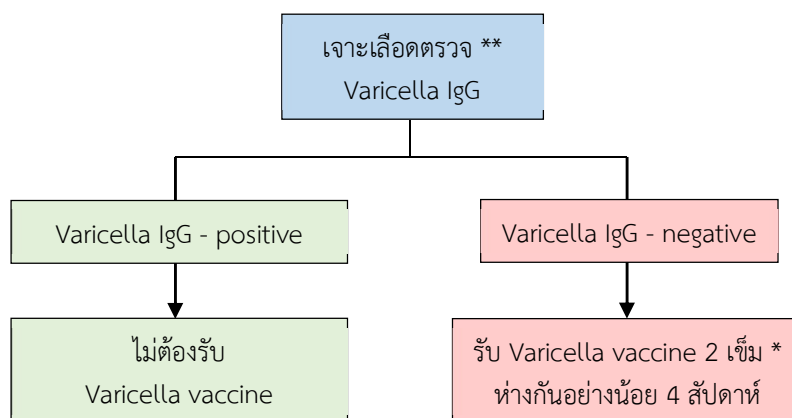


หมายเหตุ : pos = positive , neg = negative

** หากผลเลือดเป็น equivocal ให้ปฏิบัติตามแนวทางเหมือนผลเป็น negative

* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

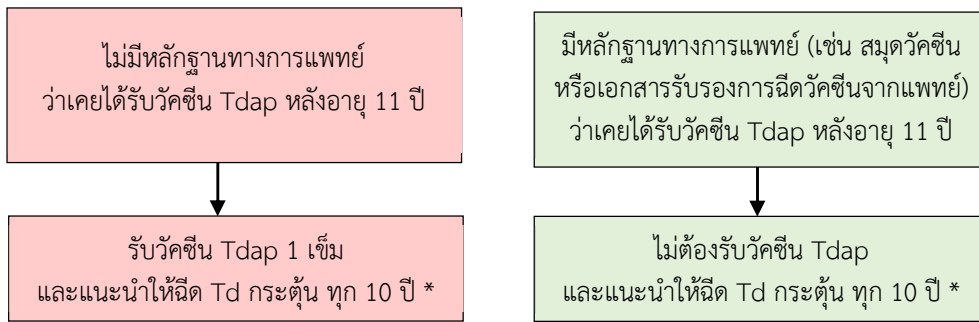
2. วัคซีนป้องกันโรคสุกใส (Varicella vaccine)



** หากผลเลือดเป็น equivocal ให้ปฏิบัติตามแนวทางเหมือนผลเป็น negative

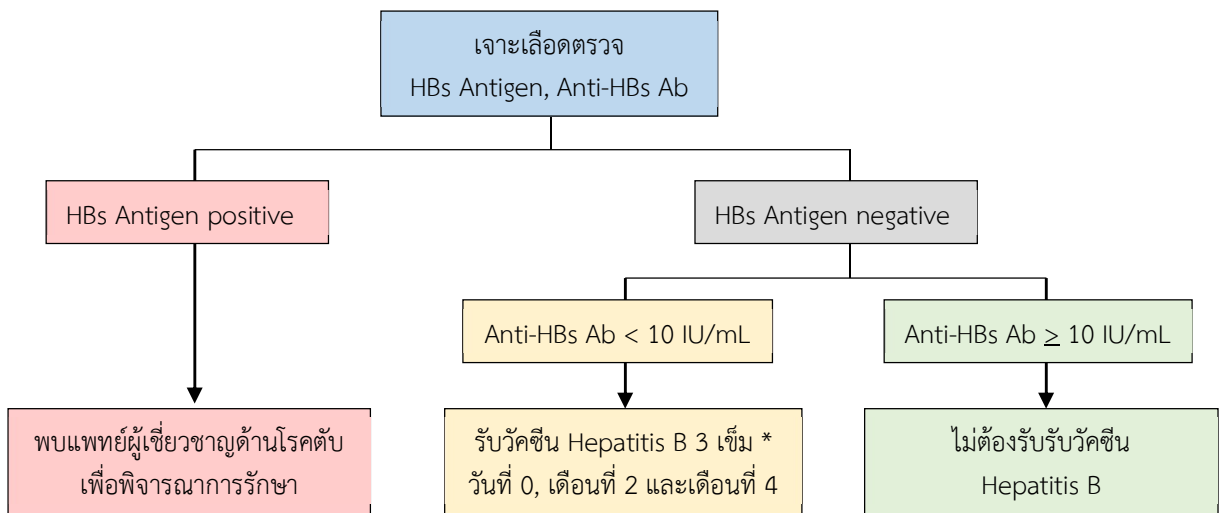
* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

3. วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก, คอตีบ, ไอกรนแบบไม่มีเซลล์ (Tetanus, Diphtheria, acellular Pertussis-Tdap vaccine)



* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

4. วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (Viral hepatitis B vaccine)



* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

5. วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccine)

แสดงประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ชนิด 4 สายพันธุ์ (Quadrivalent Influenza Vaccine) ไม่เกิน 1 ปี

6. การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray)

แสดงผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก ไม่เกิน 1 ปี

การคัดกรองโรคติดเชื้อสำหรับผู้ที่มาศึกษา/ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลนครพิงค์

โรคติดเชื้อ	เกณฑ์ในการถือว่ามีภูมิคุ้มกัน (ข้อใดข้อหนึ่ง)	แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์
Varicella	1. มีจดหมายจากแพทย์/โรงพยาบาล รับรองว่าเคยป่วยเป็นสุกใส 2. ผลตรวจ Varicella IgG เป็นบวก 3. มีหลักฐานว่าเคยรับวัคซีนป้องกันโรคสุกใส 2 โด๊ส	ฉีดวัคซีน 2 โด๊ส 0 , 3 เดือน
Hepatitis B	1. มีผลการตรวจ Anti-HBs IgG > 10 ยูนิต 2. มีหลักฐานว่าเคยรับวัคซีนตับอักเสบบี 3 โด๊ส	ฉีดวัคซีน 3 โด๊ส 0 , 1 , 6 เดือน
Measles	1. มีผลการตรวจ Measles IgG หรือ IgM positive 2. มีหลักฐานว่าเคยรับวัคซีน MMR อย่างน้อย 1 โด๊ส หลังอายุ 1 ปี	ฉีด MMR 1 โด๊ส
Tuberculosis	1. มีหลักฐาน X-ray ปอด ซึ่งออกให้ไม่เกิน 6 เดือนก่อนเข้าศึกษา ดูงานหรือปฏิบัติงาน	เข้ารับการตรวจคัดกรอง X-ray ปอด

หากมีประวัติเคยได้รับส่วนประกอบของเลือด หรือเคยได้รับ immunoglobulin ทุกชนิด (เช่น HRIG, IVIG หรืออื่นๆ) หรือตั้งครรถ์ ให้แพทย์โรคติดเชื้อประเมินว่าต้องชะลอการฉีดวัคซีนนานเท่าไร

หมายเหตุ

1. ผู้คัดกรองเป็นแพทย์หรือพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์
2. หากฉีดวัคซีนไม่ครบ มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อต่างๆ จากผู้ป่วยและจะไม่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย
3. ถ้าต้องการตรวจกับทางโรงพยาบาลนครพิงค์ ให้ติดต่อที่คลินิกตรวจสุขภาพ ห้องเบอร์ 13

แบบคัดกรองและบันทึกการป้องกันโรค

ชื่อ-สกุล

สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน/สถานที่ติดต่อขณะฝึกปฏิบัติงาน

สถานภาพวิชาชีพ

- Pre-clinic Clinic Extern Intern
 Resident Fellow Staff นักศึกษา พยาบาล
 อื่นๆ

โรค	ผลการคัดกรอง	หลักฐานการมีภูมิ	ผลการประเมิน
สุกใส	<input type="checkbox"/> มีภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> ไม่มีภูมิคุ้มกัน	<input type="checkbox"/> มีผล Varicella IgG บวก <input type="checkbox"/> เคยป่วยเป็นสุกใส <input type="checkbox"/> เคยรับวัคซีนครบ 2 โด๊ส	<input type="checkbox"/> ฉีดวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่ต้องฉีด
ตับอักเสบบี	<input type="checkbox"/> มีภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> ไม่มีภูมิคุ้มกัน	<input type="checkbox"/> มีผลการตรวจ Anti-HBs IgG/M บวก <input type="checkbox"/> เคยได้รับวัคซีนครบ 3 โด๊ส	<input type="checkbox"/> ฉีดวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่ต้องฉีด
หัด	<input type="checkbox"/> มีภูมิคุ้มกัน <input type="checkbox"/> ไม่มีภูมิคุ้มกัน	<input type="checkbox"/> มีผลการตรวจ Measles IgG/M บวก <input type="checkbox"/> เคยได้รับ MMR แล้วหลังอายุ 1 ปี	<input type="checkbox"/> ฉีดวัคซีน <input type="checkbox"/> ไม่ต้องฉีด
วัณโรค	<input type="checkbox"/> X-ray ปกติ (ไม่เกิน 6 เดือน) <input type="checkbox"/> X-ray ผิดปกติ <input type="checkbox"/> ไม่มีผล X-ray	<input type="checkbox"/> ไม่ต้อง X-ray <input type="checkbox"/> ต้อง X-ray	<input type="checkbox"/> รับการประเมินเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> ไม่ต้องรักษา

สรุปผลการคัดกรอง ผ่าน ไม่ผ่าน

ผู้คัดกรอง.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

บันทึกการติดตามกรณีไม่ผ่านการคัดกรอง

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
สุกใส	<input type="checkbox"/> นัดวันที่..... <input type="checkbox"/> รับประทานแล้ว ลายเซ็นผู้รับรอง..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> นัดวันที่..... <input type="checkbox"/> มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	N/A
ตับอักเสบบี	<input type="checkbox"/> นัดวันที่..... <input type="checkbox"/> มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> นัดวันที่..... <input type="checkbox"/> มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> นัดวันที่..... <input type="checkbox"/> มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....
หัด	<input type="checkbox"/> นัดวันที่..... <input type="checkbox"/> มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> นัดวันที่..... <input type="checkbox"/> มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	N/A
วัณโรค การติดตามผล X-ray	<input type="checkbox"/> นัดวันที่..... <input type="checkbox"/> ผลปกติ <input type="checkbox"/> AFB เป็นลบ ลายเซ็นผู้รับรอง..... วันที่.....	<input type="checkbox"/> ไม่ต้อง X-ray <input type="checkbox"/> ต้อง X-ray	N/A

ผู้รับรองการบันทึก (ลงนามเมื่อมีหลักฐานการรับวัคซีนและคัดกรองโรคผ่านครบ)

.....
 (.....)
 วัน/เดือน/ปี.....