

**แนวทางปฏิบัติการขอเข้ารับการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรมในหน่วยงาน
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ดำเนินภารกิจด้านการส่งเสริมสนับสนุน การพัฒนาความเชี่ยวชาญของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ทั้งบุคลากรภายในและภายนอก เพื่อมุ่งสู่การเป็นสถาบันต้นแบบทางการพยาบาลระดับนานาชาติ และเพื่อนำไปสู่การเป็นสถาบันต้นแบบทาง การแพทย์ที่มีคุณธรรมด้วยคุณภาพมาตรฐานระดับนานาชาติ ตามวิสัยทัศน์ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ในแต่ละปี มีผู้ขอเข้ารับศึกษาดูงาน/ฝึกอบรมจากหน่วยงานต่างๆเป็นจำนวนมาก เพื่อให้การ ปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ช่วยและบุคลากร จึงกำหนดแนวทางในการ ปฏิบัติ ดังนี้

1. ขั้นตอนการขอเข้ารับการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม

1.1 หน่วยงานที่สนใจขอเข้ารับการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาล ฝ่ายการ พยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สามารถติดต่อเพื่อทราบข้อมูลล่วงหน้าอย่างไม่เป็นทางการ ได้ที่ **นางสาววิมลลา ชูศรีจันทร์** พยาบาลผู้รับผิดชอบด้านการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม ศูนย์พัฒนาความเชี่ยวชาญ ทางการพยาบาล งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาลฯ หมายเลขโทรศัพท์ 02-2564000 ต่อ 60216 E-mail chula.npdc02@gmail.com

1.2 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จะดำเนินการประสานงานภายใน และจะติดต่อกลับภายในระยะเวลา 7 วันทำการ

1.3 กรณี ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แจ้งผลการตอบรับการขอเข้ารับ การศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม อย่างไม่เป็นทางการแล้ว ให้หน่วยงานส่งหนังสือขอเข้ารับการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม มายัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เลขที่ 1873 รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ

10330

เนื้อความในเอกสารควรระบุรายละเอียดดังนี้

- กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ศึกษาดูงาน และจำนวนที่เข้าศึกษาดูงาน/ฝึกปฏิบัติงาน
- ระยะเวลาที่ขอเข้าศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม
- หน่วยงานภายในที่ต้องการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม ซึ่งได้ติดต่อประสานงานล่วงหน้าเป็นที่ เรียบร้อย
- แล้ว และหน่วยงานมีความยินดีในการรับเข้าศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม
- วัตถุประสงค์ของการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม
- ความต้องการเอกสารตอบรับการเข้าศึกษาดูงาน
- เอกสารหลักฐานการได้รับวัคซีนตามระเบียบของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ของผู้เข้าศึกษาดู งาน/ฝึกอบรมทุกคน รวมทั้งอาจารย์ผู้คุมการฝึกปฏิบัติ
- ชื่อและเบอร์ติดต่อผู้ประสานงานของหน่วยงาน

2. เงื่อนไขการขอเข้ารับการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม

2.1 หน่วยงานที่มีความประสงค์จะเข้าศึกษาดูงาน/ฝึกอบรมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ขอความร่วมมือส่งหนังสือขอเข้าศึกษา ดูงาน/ฝึกอบรมดูงานล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน เพื่อประสานงานและอำนวยความสะดวกในการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม กรณีที่ต้องการให้จัดพยาบาลพี่เลี้ยงควบคุมการฝึกปฏิบัติ กรุณาแจ้งล่วงหน้า 3 เดือน เพื่อการบริหารจัดการตารางปฏิบัติงานของพยาบาลพี่เลี้ยง

2.2 หน่วยงานที่มีความประสงค์จะเข้าศึกษาดูงาน/ฝึกอบรมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สามารถสอบถามรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม จากพยาบาลผู้รับเรื่องศึกษาดูงาน

การติดต่อสื่อสาร

นางสาววิมลลา ชูศรีจันทร์

พยาบาลศูนย์พัฒนาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์

งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โทร 022564000 ต่อ 60216

อีเมล: chula.npdc02@gmail.com

Wimala Choosrijun, MSN, RN

Nursing Professional Development Center

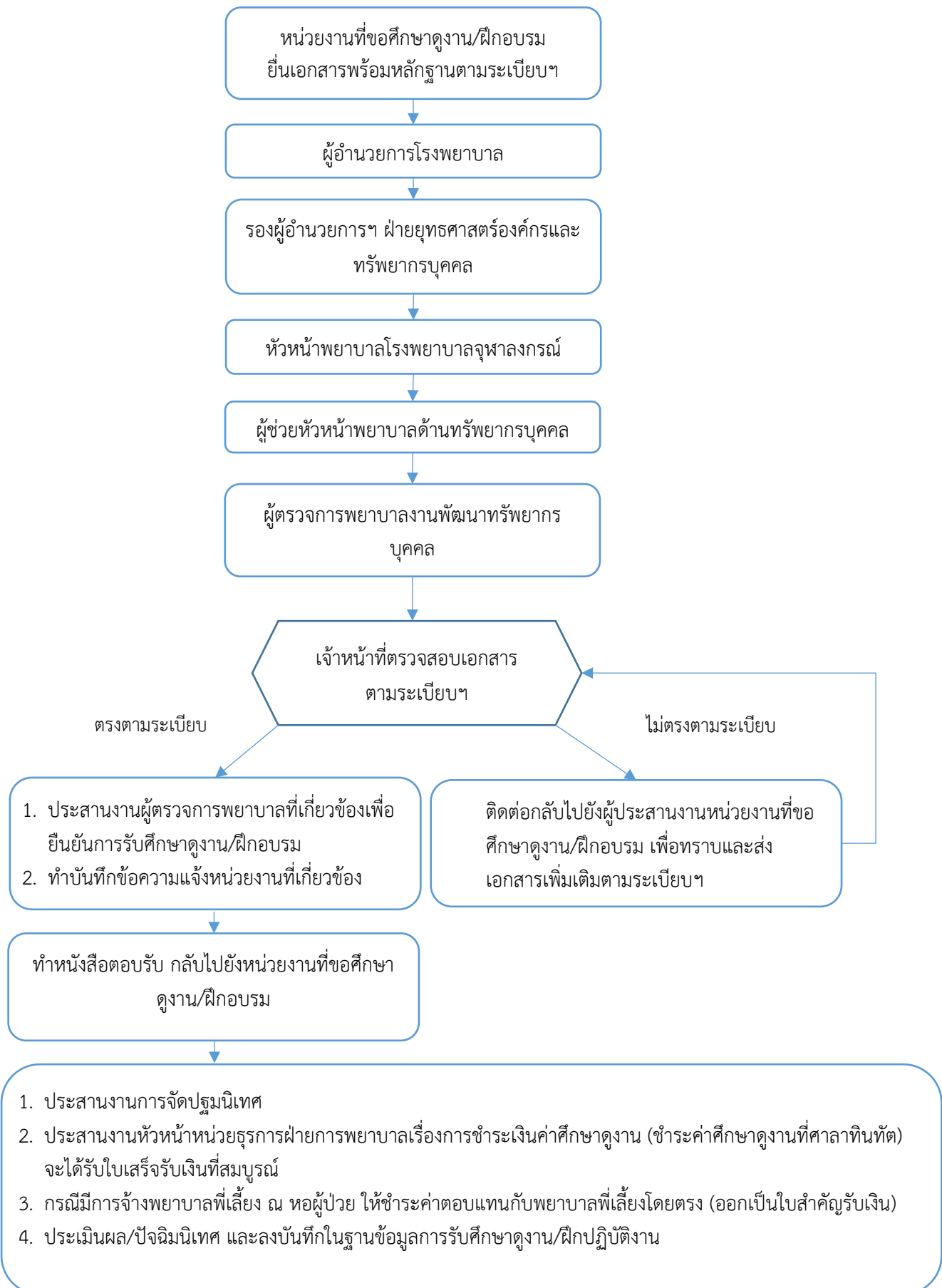
Human Resource Development

Department of Nursing, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Tel 022564000 ext. 60216

Email: chula.npdc02@gmail.com

ขั้นตอนการรับศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม



เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อไปยังผู้ป่วยและเป็นการเสริมสร้างความปลอดภัยทางการแพทย์ให้แก่บุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตามประกาศ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ 86/2563 เรื่อง “นโยบาย แนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ สำหรับ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นิสิต นักศึกษา และบุคลากรภายนอกที่มาปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พ.ศ.2563” และมติที่ประชุม war room โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย วันที่ 23 พฤษภาคม 2564 นั้น

จึงขอให้ผู้ที่มีความประสงค์เข้ารับการฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงาน รวมทั้งอาจารย์ผู้คุมฝึกปฏิบัติ แสดงหลักฐานยืนยันการรับวัคซีนก่อนการเข้ารับการฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มที่1 ระยะเวลาศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม น้อยกว่า 4 สัปดาห์ แสดงหลักฐาน ดังนี้

- 1) การได้รับวัคซีนโควิด-19 อย่างน้อย 3-4 เข็ม ตามชนิดของวัคซีนมาตรฐานของประเทศ ขณะนั้น

กลุ่มที่2 ระยะเวลาการเข้าศึกษาดูงาน/ฝึกอบรม ตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป แสดงหลักฐาน ดังนี้

- 1) การได้รับวัคซีนโรคหัดและหัดเยอรมัน (Measles & Rubella)
- 2) การได้รับวัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส (Varicella)
- 3) การได้รับวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบ บี (Hepatitis B)
- 4) การได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก หรือวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (Td หรือ Tdap)
- 5) การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
- 6) ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกปกติภายใน 6 เดือนและไม่มีหลักฐานของการเป็นวัณโรค
- 7) การได้รับวัคซีนโควิด-19 อย่างน้อย 3-4 เข็ม ตามชนิดของวัคซีนมาตรฐานของประเทศ ขณะนั้น

ทั้งนี้ให้กรอกแบบฟอร์มยืนยันการได้รับวัคซีนและแนบหลักฐาน พร้อมทั้งลงนามรับรอง มาพร้อมเอกสารขอเข้าฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงาน ส่งผ่านโรงพยาบาล มายังฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย อย่างน้อย 7 วันทำการ ก่อนวันฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงาน

2. การปฏิบัติตนขณะเข้าศึกษาดูงาน/ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

- 1) ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างเคร่งครัด ได้แก่ สวม mask ตลอดเวลาที่ใช้การพยาบาลผู้ป่วย หรืออยู่บนหอผู้ป่วย
- 2) ไม่พูดคุยกับผู้ป่วยในขณะที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ได้สวม mask ขณะให้การพยาบาล เช่น morning care เช็ดหน้า แปรงฟันแล้ว รีบสวม mask กลับให้ผู้ป่วย
- 3) ล้างมือบ่อยๆ ตามหลัก 5 moments & 6-step hand hygiene
- 4) ป้องกันตนเองและผู้ป่วยจากการแพร่กระจายโควิด-19 อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีความเสี่ยง
- 5) กรณีที่มีอาการผิดปกติ หรือสงสัยว่าเสี่ยงต่อการติดโควิด-19 ให้รีบไปพบแพทย์ และงดการขึ้นฝึกปฏิบัติ

ทางโรงพยาบาลจะขอสงวนสิทธิ์และยกเลิกการขึ้นฝึกปฏิบัติ
สำหรับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวทันที

แบบฟอร์มการยืนยันการรับวัคซีนโควิด-19 (สำหรับผู้เข้าศึกษาตุนงาน/ฝึกปฏิบัติทุกคน)

สถาบัน.....ช่วงเวลาฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงาน วันที่.....ถึงวันที่.....

[illegible]

ลงชื่อ.....

()

อาจารย์ประจำหลักสูตร/ผู้รับผิดชอบที่มีอำนาจลงนาม

วัดป.....

แบบฟอร์มการยืนยันการรับวัคซีนก่อนการเข้ารับการฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงาน ที่มีระยะเวลา ตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป

สถาบัน.....ช่วงเวลาฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงาน วันที่.....ถึงวันที่.....

ลำดับ ที่	รหัสนิสิต/ นักศึกษา	คำ นำหน้า	ชื่อ-สกุล	หัดและหัดเยอรมัน (Measles & Rubella) 2 ครั้ง		อีสุกอีใส (Varicella) 2 ครั้ง		ไวรัสตับอักเสบ บี (Hepatitis B) 3 ครั้ง หรือ Anti-HBs >10 IU/mL		คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน (Td หรือ Tdap) 1 ครั้งภายใน 10 ปี		ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) 1 ครั้งปี		หมายเหตุ
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
				Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	

ลงชื่อ.....

()

อาจารย์ประจำหลักสูตร/ผู้รับผิดชอบที่มีอำนาจลงนาม

วตป.....