



ประกาศศูนย์บริการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ รุ่นที่ ๒๑

ตามที่ ศูนย์บริการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดำเนินการรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาในหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ รุ่นที่ ๒๑ ระหว่างวันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ – ๘ มิถุนายน ๒๕๖๘ นั้น บัดนี้การพิจารณาคัดเลือกได้เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ดังต่อไปนี้

- | | |
|-------------------------|--------------|
| ๑. นางสาวกนกพร | สิงห์สถิตย์ |
| ๒. นางสาวกฤติกา | สารถี |
| ๓. นางกัลยา | โสโท |
| ๔. นางกาญจนา | นิโครธ |
| ๕. นางเกษกนก | คำไทย |
| ๖. นางสาวจงดี | พูลสวัสดิ์ |
| ๗. นายจิรขจร | จันทร์ศรีหา |
| ๘. นางจิรายุ | สุพรรณผิว |
| ๙. นายจีระศักดิ์ | ใจกลาง |
| ๑๐. นางสาวจุฑาทิพย์ | ขติยะสุนทร |
| ๑๑. นางชฎารัตน์ | บุญทวี |
| ๑๒. นางชนิภา | สายเสมา |
| ๑๓. นางสาวชรินทร์รัตน์ | อินระวงศ์ |
| ๑๔. นางสาวชลาลัย | สังข์ทอง |
| ๑๕. นางดวงใจ | ผลจันทร์ |
| ๑๖. นางสาวเทพศิริรินทร์ | วงโยธา |
| ๑๗. นางสาวธิชาภรณ์ | ปานบุญ |
| ๑๘. นางสาวนภาพร | สกุลเดชสำราญ |
| ๑๙. นางนภาพรรณ์ | เทพหินลัพ |
| ๒๐. นางน้ำผึ้ง | เจริญพานิช |
| ๒๑. นางสาวนิจิติพา | นิกิร์ักษ์ |
| ๒๒. นางสาวนิตยา | เป็นตัน |
| ๒๓. นางสาวนιοภัย | เอกมงคลพงศ์ |
| ๒๔. นางสาวนุรมา | ตูหยง |
| ๒๕. นางโนรียะ | แวโดย |
| ๒๖. นางบรรจง | ปิงสุแสน |
| ๒๗. นางสาวเบญจทิศา | กิติพันธ์ |

๒๘. นางปัทมา	สงไพรสน
๒๙. นางปิยรัตน์	ประดับศรี
๓๐. นางปิยนันท์	จินดาสถาน
๓๑. นางฝาศิมะ	บิณฑลและห์
๓๒. นางสาวพรพินน	แซ่เฮ้ง
๓๓. นางพรภิวรรณ	เพี้ยสังกะ
๓๔. นางพรสวรรค์	สมพร
๓๕. นางพวงเพชร	ถนอมศิลป์
๓๖. นางสาวพนิดา	ตะชา
๓๗. นางสาวพัทธนันท์	หาญศึก
๓๘. นางสาวพิชญา	วงศ์ขัตตพันธ์
๓๙. นางสาวเพทาย	มณีศรี
๔๐. นางสาวภัทรนันท์	ไชยคุณ
๔๑. นางมณฑิรา	สุวรรณจิตต์
๔๒. นางสาวรภา	เศลารักษ์
๔๓. นางวรรณภา	มิ่งคำมี
๔๔. นางวิไลวรรณ	โพธิวรรณ
๔๕. นางสาวศิรินทรา	ง่วยเตจา
๔๖. นางสาวศิริลักษณ์	แสงอรุณ
๔๗. นางสาวสมจิตร	เทพยศ
๔๘. นางสาวสมฤทัย	มีศิลป์
๔๙. นางสมสมร	ชัยขมภู
๕๐. นางสิริลักษณ์	ศรีวิเศษ
๕๑. นางสาวสุชาดา	โอเอี่ยม
๕๒. นางสุชาดา	ศรีวงษ์ชัย
๕๓. นางสุทิดี	กระจง
๕๔. นางสาวสุทิดา	แก้วทา
๕๕. นางสาวสุภัตรา	ชื่นราม
๕๖. นางสาวเสวนาภ	วงษามัน
๕๗. นางสาวหัสดา	ปราบเภท
๕๘. นางสาวอภิญญา	เต็มวงษ์
๕๙. นางสาวอรนิชา	ไชยชนะดวงดี
๖๐. นางอรนันท์	ลอยประโคน
๖๑. นางสาวอรอนงค์	รัตนะ
๖๒. นางสาวอัญญา	ชาตะวิถิ
๖๓. นายอำนาจ	แดนทองกลาง
๖๔. นางสาวเอมฤดี	นาใจ

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกอันดับสำรอง จำนวน ๖ คน

- | | |
|--------------------|----------|
| ๑. นางสาวหนึ่งฤทัย | พัช้อย |
| ๒. นางสาวกมลชนก | ช่อมทอง |
| ๓. นางสาวฐิติกา | น้อยกลาง |
| ๔. นางสาวกนกวรรณ | เอนน้อย |
| ๕. นางสาวกัญญาณัฐ | งามยิ่ง |
| ๖. นางนุชรา | เต็มใจ |

ทั้งนี้ ให้ผู้ที่มีรายชื่อทุกคน ศึกษาข้อมูลให้ละเอียดรอบคอบและปฏิบัติตามโดยเคร่งครัดดังนี้

๑. กำหนดการรายงานตัว

ผู้ผ่านการคัดเลือกอันดับ ๑-๖๔ ให้รายงานตัวทางโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๕๓๙๓ ๖๐๗๔ ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘ ในวันและเวลาราชการ ผู้ที่ไม่รายงานตัวตามวันเวลาที่กำหนดถือว่าสละสิทธิ์

๒. กำหนดการชำระค่าลงทะเบียน

๒.๑ ให้ชำระค่าลงทะเบียนระหว่างวันที่ ๒๐ มกราคม-๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ จำนวน ๕๕,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาท) โดยชำระผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชื่อบัญชี “ศูนย์บริการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่” เลขที่บัญชี ๕๖๖-๔-๑๒๔๔๕-๘

๒.๒ ภายหลังชำระค่าลงทะเบียนให้ส่งหลักฐานการชำระเงินค่าลงทะเบียนทาง Line ID: NSCCMU หรือ E-mail : nsccmunews@gmail.com ระหว่างวันที่ ๒๐ มกราคม-๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๒.๓ ภายหลังชำระค่าลงทะเบียนขอให้เข้าร่วมกลุ่ม Line ตาม QR code ท้ายประกาศนี้ เพื่อติดตามข่าวสาร/ประกาศ หรือซักถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าอบรม

๓. กำหนดการเปิดอบรม

วันจันทร์ที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๐๐ น. ณ ห้องประชุมชั้น ๕ อาคาร ๔ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้เข้าอบรมทุกคนต้องนำเอกสารแสดงการฉีดวัคซีนและภูมิคุ้มกันต่อเชื้อที่สามารถป้องกันได้ ตามแบบฟอร์มแนบท้ายประกาศ พร้อมแนบลหลักฐานยืนยันมาแสดงในวันเปิดอบรม

๔. การแต่งกาย

๔.๑ ภาคทฤษฎี : แต่งกายด้วยชุดสุภาพ

๔.๒ ภาคปฏิบัติ : แต่งกายด้วยชุดเครื่องแบบพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๘



ไลน์กลุ่ม ICN21

(ศาสตราจารย์คลินิก ดร.พรณพีไล ศรีอาภรณ์)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการพยาบาล

เอกสารแสดงการฉีดวัคซีนและภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันได้
ผู้เข้าอบรมหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

โปรดแนบเอกสารการรับวัคซีน, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก

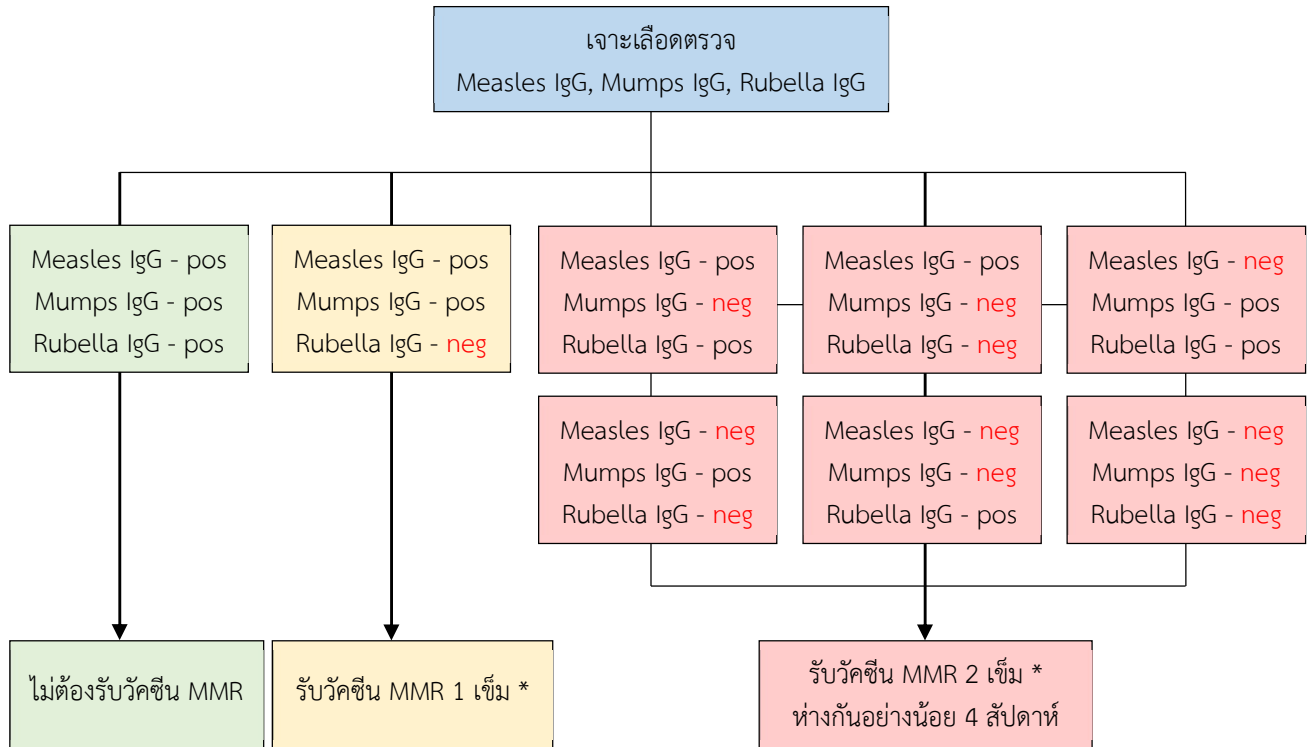
ใช้หวัดใหญ่ประจำปี : Seasonnal Influenza vaccine	วันที่รับวัคซีนครั้งสุดท้าย :
บาดทะยัก คอตีบ +/- ไอกรน(แบบไม่มีเซลล์) : Tdap Tetanus Diphtheria Acellular Pertussis (Tdap)	ต้องได้รับวัคซีน Tdap อย่างน้อย 1 ครั้ง หลังอายุ 11 ปี จากนั้นควรฉีด Td กระตุ้นทุก 10 ปี วันที่รับวัคซีน Tdap :
คางทูม หัด หัดเยอรมัน : Mumps , Measles, Rubella (MMR) มีหลักฐานว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วจากการเจาะเลือด (IgG) ถ้ามีภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบทุกตัวต้องฉีดวัคซีนตามแนวปฏิบัติแนบท้าย	☐ เลือกแสดงหลักฐานการตรวจภูมิคุ้มกัน Measles IgG : วันที่ตรวจ..... ผล:..... Mumps IgG : วันที่ตรวจ..... ผล:..... Rubella IgG : วันที่ตรวจ..... ผล:..... ☐ เลือกแสดงหลักฐานการฉีดวัคซีน วันที่รับวัคซีน MMR # 1: วันที่รับวัคซีน MMR # 2:
โรคสุกใส Varicella (Chicken Pox) : มีหลักฐานว่ามีภูมิคุ้มกันโรคแล้วจากการเจาะเลือด (IgG) <u>หรือ</u> ไม่มีภูมิต้องรับวัคซีน 2 เข็ม ห่างกันอย่างน้อย 4 wks	วันที่ตรวจภูมิคุ้มกัน : ผล Varicella IgG ☐ เป็นบวก ☐ เป็นลบ วันที่รับวัคซีน # 1: วันที่รับวัคซีน # 2:
ไวรัสตับอักเสบบี : Hepatitis B	ตรวจ Hbs Ag วันที่ : ผล Hbs Ag ☐ Positive ☐ 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)

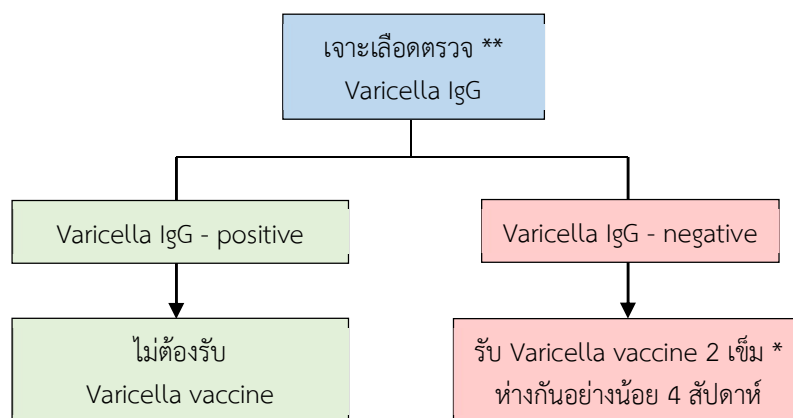


หมายเหตุ : pos = positive , neg = negative

** หากผลเลือดเป็น equivocal ให้ปฏิบัติตามแนวทางเหมือนผลเป็น negative

* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

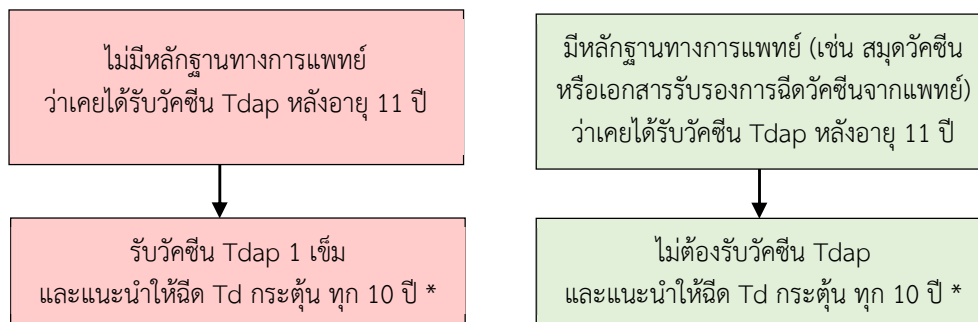
2. วัคซีนป้องกันโรคสุกใส (Varicella vaccine)



** หากผลเลือดเป็น equivocal ให้ปฏิบัติตามแนวทางเหมือนผลเป็น negative

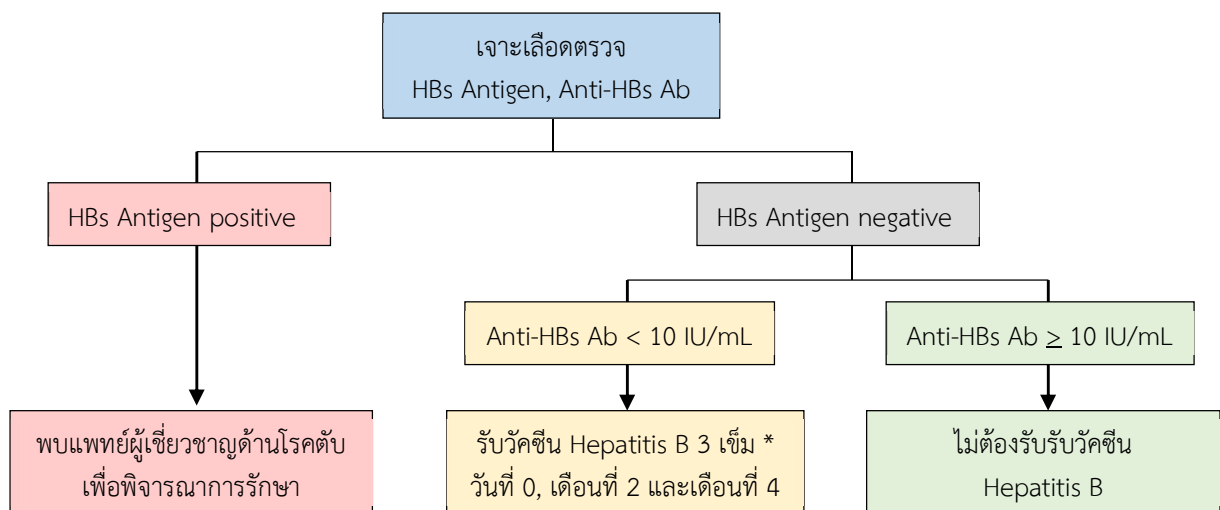
* หากไม่มีข้อห้ามในการรับวัคซีน

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)	แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ที่ผ่านเกณฑ์
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 งานหรือปฏิบัติงาน	เข้ารับการตรวจคัดกรอง X-ray ปอด

หากมีประวัติเคยได้รับส่วนประกอบของเลือด หรือเคยได้รับ immunoglobulin ทุกชนิด (เช่น HRIG, IVIG หรืออื่นๆ) หรือตั้งครรภ์ 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	☐ มีภูมิคุ้มกัน ☐ ไม่มีภูมิคุ้มกัน	☐ มีผล Varicella IgG บวก ☐ เคยป่วยเป็นสุกใส ☐ เคยรับวัคซีนครบ 2 โดส	☐ ฉีดวัคซีน ☐ ไม่ต้องฉีด
ตับอักเสบบี	☐ มีภูมิคุ้มกัน ☐ ไม่มีภูมิคุ้มกัน	☐ มีผลการตรวจ Anti-HBs IgG/M บวก ☐ เคยได้รับวัคซีนครบ 3 โดส	☐ ฉีดวัคซีน ☐ ไม่ต้องฉีด
หัด	☐ มีภูมิคุ้มกัน ☐ ไม่มีภูมิคุ้มกัน	☐ มีผลการตรวจ Measles IgG/M บวก ☐ เคยได้รับ MMR แล้วหลังอายุ 1 ปี	☐ ฉีดวัคซีน ☐ ไม่ต้องฉีด
วัณโรค	☐ X-ray ปกติ (ไม่เกิน 6 เดือน) ☐ X-ray ผิดปกติ ☐ ไม่มีผล X-ray	☐ ไม่ต้อง X-ray ☐ ต้อง X-ray	☐ รับการประเมินเพิ่มเติม ☐ ไม่ต้องรักษา

สรุปผลการคัดกรอง ☐ ผ่าน ☐ ไม่ผ่าน

ผู้คัดกรอง.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

บันทึกการติดตามกรณีไม่ผ่านการคัดกรอง

	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
สุกใส	☐ นัดวันที่..... ☐ รับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้รับรอง..... วันที่.....	☐ นัดวันที่..... ☐ มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	N/A
ตัวอักเสบ	☐ นัดวันที่..... ☐ มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	☐ นัดวันที่..... ☐ มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	☐ นัดวันที่..... ☐ มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....
หัด	☐ นัดวันที่..... ☐ มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	☐ นัดวันที่..... ☐ มารับวัคซีนแล้ว ลายเซ็นผู้ให้วัคซีน..... วันที่.....	N/A
วัณโรค การติดตามผล X-ray	☐ นัดวันที่..... ☐ ผลปกติ ☐ AFB เป็นลบ ลายเซ็นผู้รับรอง..... วันที่.....	☐ ไม่ต้อง X-ray ☐ ต้อง X-ray	N/A

ผู้รับรองการบันทึก (ลงนามเมื่อมีหลักฐานการรับวัคซีนและคัดกรองโรคผ่านครบ)

.....
 (.....)
 วัน/เดือน/ปี.....