



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
 เลขที่ 001.1/ 10756
 วันที่ 5 พ.ย. 2561
 เวลา

ที่ สธ ๐๓๑๗/๗๑๐๑

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑

ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ
 เลขที่รับ ๓๑๙
 วันที่ ๕ พ.ย. ๒๕๖๑
 เวลา

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการอบรมฯ
 เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
 สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการ ๑ ฉบับ

ด้วยกรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับภาคีเครือข่ายการทำงานผู้สูงอายุ จะจัดการอบรมการพัฒนารูปแบบและระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับปฐมภูมิ ต้นแบบบ้านฝางโมเดล โดยต้องการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย การเพิ่มศักยภาพบุคลากร และแนวทางการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เพื่อรองรับสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ (Aged Society) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕

ในการนี้ กรมการแพทย์ ขอเชิญท่านหรือตัวแทนที่ทำงานผู้สูงอายุหรือคัดเลือกพื้นที่ที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน ๒ ท่าน เข้าร่วมการอบรมฯ เพิ่มศักยภาพองค์ความรู้ และแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในระดับเขตบริการสุขภาพ ตั้งแต่ระบบการคัดกรอง ระบบการวินิจฉัยและการดูแล และระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และพื้นที่สนใจสามารถสมัครร่วมเป็นพื้นที่พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรในแต่ละเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ ในวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม โรงแรมเอเชีย เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้จากโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย กรณีที่ทางพื้นที่ให้ความสนใจและเป็นนโยบายของพื้นที่ที่มีความต้องการเพิ่มจำนวนผู้เข้าอบรมฯ ก็สามารถเข้าร่วมการอบรมฯ ได้โดยเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบราชการ และไม่ถือว่าเป็นวันลา โดยสมัครผ่าน Web <http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai>

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมการอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย

ผู้เป็น นพ. สสจ. ตาก
 จะเป็นพระคุณ

- เพื่อ โปรดทราบ
- กรมการแพทย์ เชิญท่าน หรือ ตัวแทนที่ทำงานฯ ๒ คน เข้าร่วมอบรมรูปแบบ และระบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม, วันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๑ ณ. เอเชีย อิมพีเรียล
- เห็นควรเลือกพื้นที่ สน.ว.นท. ตาก ๓๐๐จาก สังกัด สสจ.ตาก
- ขอสงวนสิทธิ์ในการเบิกจ่ายค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้จากโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสังคมและระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับประเทศไทย

ขอแสดงความนับถือ

(นายปานเนตร ปางพุฒิพงศ์)
 รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
 อธิบดีกรมการแพทย์

(นายสุพร กาวินา)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
 รักษาการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๖๐๑๐/โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๗๗

กำหนดการ
การพัฒนารูปแบบและระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครบวงจร
ในวันที่ 12 ธันวาคม 2561
ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร

วันที่ 12 ธันวาคม 2561

07.30-08.45 น.

ลงทะเบียน

09.00-09.30 น.

พิธีเปิดงาน

โดย อธิบดีกรมการแพทย์

09.30-11.00 น.

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
และแนวปฏิบัติการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
โดย นพ.สกานต์ บุนนาค

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

11.00-12.00 น.

ทิศทางและนโยบายระดับชาติ (แผนแม่บท/สมัชชาผู้สูงอายุแห่งชาติ)
และสากล (Global Dementia observatory: WHO)

โดย นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์

รองอธิบดีกรมการแพทย์

ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

12.00-13.00 น.

รับประทานอาหารกลางวัน

13.00-15.15 น.

การอภิปราย เรื่องบทบาทและหน้าที่ของทีมสุขภาพ/ท้องถิ่น/
สังคม/และชุมชน กรณีศึกษาบ้านฝางโมเดล และการขับเคลื่อน
ในระบบสุขภาพ/สังคม

โดย นพ.สกานต์ บุนนาค ผอ.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

นพ.บุญชัย ขจรศักดิ์ตระกูล ผอ.โรงพยาบาลบ้านฝาง

พว.กึ่งกาญจนา เมืองโคตร PCUรพ.บ้านฝาง

พว.สงกรานต์ ชันเลื่อน (nurse-coordinator) รพ.บ้านฝาง

พระอาจารย์สมุห์สงกรานต์ อาทโร

ตัวแทนท้องถิ่น-เทศบาล

รศ.ดร.วรรณภา ศรีธีรัตน์ ผู้ดำเนินการอภิปราย

15.15-16.30 น.

พันธสัญญาเพื่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร
“Seamless care for dementia”

โดย นพ.สกานต์ บุณนาค ผอ.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน

นายกสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

ภายในงานประกอบด้วย

- เคาเตอร์บ้านฝางโมเดล จังหวัดขอนแก่น
- เคาเตอร์ศิริรัฐนิคมโมเดล จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- เคาเตอร์จ้อหอโมเดล จังหวัดนครราชสีมา
- ลำสนธิพลัสโมเดล จังหวัดลพบุรี
- เคาเตอร์วิชาการ หลักสูตรการอบรมสำหรับแพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
- เคาเตอร์ Dementia Friendly Hospital คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- เคาเตอร์ การทำ Group supported สำหรับบุคลากร สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ใบจองที่พักการเข้าประชุมในวันที่ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๑
สำหรับพื้นที่จังหวัดโคตตาละ ๒ ท่าน สถาบันฯ รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....กรม.....
กระทรวง.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....E-mailมือถือ.....

โดยสมัครการอบรมฯ ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2561

ผ่าน Web <http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai>

รับผิดชอบงานส่วน

- นโยบาย/จัดการโครงการ
 การบริการ/จัดบริการสุขภาพ เช่น OPD/IPD/คลินิกผู้สูงอายุ
 อื่นๆ

ทีมงานเข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย

- 1)
2)
3)

การจองห้องพัก ให้แจ้งเข้าพักไปที่โรงแรมเอเชีย ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2561

คุณอัญริษา (คุณอัญ) 02-2170808 ต่อ 5247 มือถือ 086-3741137

- เข้าพัก คู่กับ
- เข้าพัก ให้จัดคู่ให้
- ไม่พัก

หรือส่งไปที่ E-mail: dosco3@asiahotel.co.th

กรณีท่านจองไปแล้วไม่เข้าพัก แล้วไม่แจ้งไปทางโรงแรม หรือทางผู้จัดการอบรมฯ

ท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการจองห้องพัสดังกล่าว

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ เบอร์ติดต่อ 02-590-6010

นางสาวอรรวรรณ คูหา และ นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี

วันที่.....

แบบฟอร์มใบจองห้องพักโรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ

(สำหรับพื้นที่ต้องการเพิ่มจำนวนผู้เข้าพักของพื้นที่/จังหวัด โดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง)

ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง.....

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ วันที่ 12 ธันวาคม 2561

คำนำหน้าชื่อ / สกุล.....

NAME / SURNAME.....

เลขที่บัตรประชาชน..... ออกโดย.....

สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ในการออกใบเสร็จ.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....

โดยพักกับชื่อ-สกุล..... มือถือ.....

เลขที่บัตรประชาชน..... ออกโดย.....

สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง.....

ที่อยู่ในการออกใบเสร็จ.....

มีความประสงค์จองห้องพักโรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ

โดยเข้าพักวันที่..... เวลา..... น. ออกวันที่.....

ห้องพักเดี่ยว(แบบSuperior) ราคา1,400 บาท (ราคารวมอาหารเช้า) 1 ท่าน

ห้องพักคู่ (แบบSuperior) ราคา1,600 บาท (ราคารวมอาหารเช้า) 2 ท่าน

การชำระเงิน เงินสดสามารถส่งจ่ายผ่านบัญชีบริษัท เอเชียโฮเต็ล จำกัด (มหาชน)

ธนาคารกรุงเทพสาขาราชเทวี เลขที่ 123-3-11113-5 บัญชีกระแสรายวัน

ธนาคารกสิกรไทยสาขาสีลม เลขที่001-1-03210-9 บัญชีกระแสรายวัน

หมายเหตุ

- โอนเงินมัดจำล่วงหน้าอย่างน้อย 1 คืน

- ในกรณีที่ทางโรงแรมยังไม่ได้รับใบโอนเงินทางโรงแรมจะ ไม่มีการสำรองห้องพักให้

- ผู้จองสามารถยกเลิกการจองห้องพักได้ก่อนวันเข้าพัก 7 วัน

(กรุณาเขียนชื่อและนามสกุล ให้ชัดเจนเพื่อความถูกต้องในการจองห้องพักและออกใบเสร็จรับเงิน)

ที่อยู่โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯด้านหน้าสถานีรถไฟฟ้าวัดราชเทวี

296 ถนนพญาไทแขวงถนนเพชรบุรี เขตราชเทวีกรุงเทพฯ 10400

โทร. 02-217-0808 ต่อ 5325,5326 (ฝ่ายสำรองห้องพัก) โทรสาร. 02-217-0109 หรือ

E-Mail : Bangkok@asiahotel.co.th

(กรุณาตอบแบบฟอร์มการจองห้องพักภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2561) *ห้องพักมีจำนวนจำกัด*