

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก เลขที่.....	ใบสมัครสอบประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2562	ที่สำหรับ ติครูบถ่าย ขนาด 1 นิ้ว
--------------------------------------	---	--

ข้อมูลผู้สมัคร	
หมายเลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว / ยศ) นามสกุล วันเดือนปีเกิด/...../.....	
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน ซอย	
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....	
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (บ้าน) โทรศัพท์เคลื่อนที่..... E-mail.....	
สถานที่ปฏิบัติงาน..... โรงพยาบาล ถนน อำเภอ..... จังหวัด.....	
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์หน่วยงาน ต่อ FAX	
ตำแหน่งการทำงานปัจจุบัน <input type="radio"/> พยาบาล Hemodialysis (Full time) <input type="radio"/> พยาบาล Hemodialysis (Part time) <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ.....	
จบพยาบาลศาสตร์จากสถาบัน คุณวุฒิ พ.ศ.....	
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เลขที่สภาการพยาบาล เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาล โรคไต/.....	
ระบุนวัน/เดือน/ปี ที่เริ่มปฏิบัติงาน Hemodialysis/...../..... ระบุน วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มฝึกอบรม Hemodialysis/...../.....	
การสมัครสอบครั้งนี้ของข้าพเจ้า เป็นการสมัคร	
<input type="checkbox"/> สอบครั้งแรก	
<input type="checkbox"/> สอบครั้งที่ 2 เพื่อสอบภาค <input type="radio"/> ปากเปล่า <input type="radio"/> ทฤษฎี <input type="radio"/> ปฏิบัติ สอบครั้งแรก พ.ศ. รพ.ที่ท่านสอบภาคปฏิบัติ ระบุ	
<input type="checkbox"/> สอบครั้งที่ 3 เพื่อสอบภาค <input type="radio"/> ปากเปล่า <input type="radio"/> ทฤษฎี <input type="radio"/> ปฏิบัติ สอบครั้งแรก พ.ศ. รพ.ที่ท่านสอบภาคปฏิบัติ ระบุ	
สอบครั้งสอง พ.ศ. รพ.ที่ท่านสอบภาคปฏิบัติ ระบุ	

ประวัติการศึกษา การอบรม หรือการประชุมวิชาการ เกี่ยวกับ Renal Replacement Therapy ในระยะเวลาตามเกณฑ์กำหนด ต้องมีสำเนาใบประกาศนียบัตรรับรองแนบมาด้วยทุกใบ		
สถานที่/สถาบันที่ศึกษา / อบรม / ประชุมวิชาการ ตั้งแต่ ๖/๓/ป-ถึง- ๖/๓/ป	หลักสูตร	คุณวุฒิ
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
4.....	.....	.....
5.....	.....	.....

ประวัติการปฏิบัติงาน Hemodialysis	
1. สถาบัน/ สถานที่ทำงาน.....	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....
โทรศัพท์หน่วยงาน.....	
ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม	แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง)
จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง	ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.).....
จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์	ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้าน ไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง
เปิดทำ HD .....รอบ/วัน	ลายเซ็น
เปิดทำ HD..... วัน/สัปดาห์	
จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน	หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หรือหัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง (พยาบาลเป็นผู้เซ็นชื่อ
	ห้ามผู้สมัครเขียนชื่อหัวหน้าพยาบาล ด้วยตนเอง)
	ข้าพเจ้า
ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ	ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้าน ไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง
จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์	ลายเซ็น โทรศัพท์
จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ	

การระบุเครื่องไตเทียมในการสอบภาคปฏิบัติ

ให้ระบุเครื่องไตเทียมที่ท่านสามารถปฏิบัติได้จริงตามลำดับ โดยให้คำนึงถึงเครื่องไตเทียมที่มีการใช้อยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้ **คณะกรรมการจะพิจารณาตามลำดับของการสมัครสอบและตามความเหมาะสมของสนามสอบภาคปฏิบัติเป็นหลัก**

- อันดับที่ 1 เครื่องไตเทียม.....รุ่น.....
- อันดับที่ 2 เครื่องไตเทียมรุ่น.....
- อันดับที่ 3 เครื่องไตเทียมรุ่น.....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)
วันที่/...../.....

หมายเหตุ

1. ในกรณีพบว่าผู้เข้าสอบเจตนาทุจริต โดยให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ เพื่อให้ได้สิทธิ์เป็นผู้เข้าสอบ สมาคมโรคไตฯ จะดำเนินการพิจารณา **ยกเลิก** ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของท่านย้อนหลัง และจะตัดสิทธิ์ในการสอบเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมในระยะเวลา 3 ปี
2. **กรณีผู้สมัครสอบมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน หรือแจ้งคุณสมบัติอันเป็นเท็จ และถูกยกเลิกการสมัคร โดยอธิบดีคณะกรรมการสมาคมโรคไตฯ และสมาคมโรคไตฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าสมัครสอบ ทุกภาค**
3. สำหรับผู้ที่มีผลการสอบปีก่อนไม่ผ่านในภาคใดภาคหนึ่ง สามารถใช้สิทธิ์ในการสมัครสอบเฉพาะภาคที่สอบไม่ผ่านได้อีก 2 ครั้ง โดยต้องกระทำการสอบ ในปีถัดไปติดต่อกันนับจากปีที่ทำการสอบไม่ผ่าน (ยกเว้นกรณีที่จำเป็น ไม่สามารถมาทำการสอบแก้ตัวได้ ให้แจ้งสาเหตุของการไม่สมัครสอบให้กรรมการทราบ เพื่อพิจารณาเป็นกรณีไป) **หากผลสอบไม่ผ่าน 3 ครั้ง ต้องสมัครสอบใหม่ในทุกภาค**
4. **กรณีสอบผ่านทุกภาค ท่านประสงค์จะรับใบประกาศโดย**
 - มารับด้วยตนเองที่สมาคมโรคไต
 - ส่งไปรษณีย์ มาที่

.....
.....
.....

หนังสือรับรองการทำงานด้าน Hemodialysis ฉบับที่ 1

ข้าพเจ้า (นพ. พญ.).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....คุณวุฒิ.....
 เป็นอายุรแพทย์โรคไต
 เป็นกุมารแพทย์โรคไต
 เป็นอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ที่ผ่านการอบรมดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธี Peritoneal dialysis และ Hemodialysis หลักสูตร
4 เดือน

ขอรับรองว่า.....ตำแหน่ง.....
ได้ปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ตั้งแต่.....ถึงปัจจุบันจริง และขณะนี้ยังปฏิบัติงานด้านนี้อยู่

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)
วันที่[

หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ฉบับที่ 2

ข้าพเจ้า (นพ. พญ.).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....คุณวุฒิ.....
 เป็นอายุรแพทย์โรคไต
 เป็นกุมารแพทย์โรคไต
 เป็นอายุรแพทย์หรือกุมารแพทย์ที่ผ่านการอบรมดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังด้วยวิธี Peritoneal dialysis และ Hemodialysis หลักสูตร
4 เดือน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล
ขอรับรองว่า.....ตำแหน่ง.....
ได้ปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ตั้งแต่.....ถึงปัจจุบันจริง และขณะนี้ยังปฏิบัติงานด้านนี้อยู่

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)
วันที่

หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ฉบับที่ 3

ข้าพเจ้า (พยาบาล).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....คุณวุฒิ.....
 หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รพ.....
 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.....
ขอรับรองว่า.....ตำแหน่ง.....
ได้ปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ตั้งแต่.....ถึงปัจจุบันจริง และขณะนี้ยังปฏิบัติงานด้านนี้อยู่

ลงชื่อผู้รับรอง
(.....)
วันที่

คุณสมบัติผู้มีสิทธิสมัครสอบ

1. จบวุฒิมหาวิทยาลัยพยาบาลศาสตรบัณฑิต และมีใบประกอบวิชาชีพ (ไม่น้อยกว่า 5 ปี นับจากวันที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพ นับถึง วันที่ 15 ธันวาคม 2561
2. เป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไต ไม่น้อยกว่า 1 ปี
3. เป็นสมาชิกสภาการพยาบาล
4. มีแพทย์เซ็นรับรองตามเอกสารรับรองการปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ฉบับที่ 1 และ ฉบับที่ 2 (กรณีแพทย์ผู้เซ็นรับรองตามเอกสารรับรองการปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ฉบับที่ 1 และ ฉบับที่ 2 เป็นบุคคลเดียวกัน ผู้สมัครจะต้องแนบสำเนาเอกสารใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล) และมีพยาบาลผู้ได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของสมาคมโรคไตฯ อีก 1 ท่าน หากไม่มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมรับรอง อนุญาตให้หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลที่ผู้สมัครสอบปฏิบัติงานอยู่เป็นผู้ให้การรับรอง
5. เป็นผู้มีประสบการณ์ด้าน Hemodialysis ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ตามตารางแบ่งกลุ่ม) และปัจจุบันยังคงปฏิบัติงานเป็นพยาบาล Hemodialysis โดยมีหนังสือรับรองจากต้นสังกัด
6. เข้าร่วมประชุมวิชาการหรือศึกษาอบรมเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต (ตามตารางแบ่งกลุ่ม) โดยมีหลักฐานใบประกาศนียบัตร หรือหลักฐานการเข้ารับการศึกษอบรม ประชุมวิชาการ ที่จัดโดย สมาคมโรคไตฯ หรือสมาคมพยาบาลโรคไต หรือวิชาการเกี่ยวกับโรคไต ที่จัดโดยสถาบันอื่นๆ ที่สมาคมโรคไตฯ รับรอง

คุณสมบัติด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis และการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

การเรียนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ	การปฏิบัติงาน HD (จำนวนปี)	การปฏิบัติงาน HD (จำนวนรอบ)	การเข้าประชุมวิชาการ (จำนวนครั้ง)
1. หลักสูตร (4 เดือน) หรือหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (6 เดือน) รับรองโดยสภาการพยาบาล และสมาคมโรคไตฯ เห็นชอบ	ไม่น้อยกว่า 4 ปี ในช่วงระยะเวลา 6 ปี วันที่ 14 ธ.ค. 2555 - 15 ธ.ค. 2561 - ไม่นับรวมระยะเวลาในการเรียนในหลักสูตร	1,000 รอบ	ไม่น้อยกว่า 5 ครั้ง ในช่วงระหว่างวันที่ 14 ธ.ค. 2557 - 15 ธ.ค. 2561 สามารถนับรวมการเรียนในหลักสูตรได้ แต่การเรียนนั้นต้องอยู่ในช่วง 14 ธ.ค. 2555 - 15 ธ.ค. 2561
2. ผู้ที่ไม่ได้เรียนหลักสูตรเฉพาะทางฯ	ไม่น้อยกว่า 5 ปี ในช่วงระยะเวลา 6 ปี - วันที่ 14 ธ.ค. 2555 - 15 ธ.ค. 2561	1,000 รอบ	ไม่น้อยกว่า 5 ครั้ง ในช่วงระหว่างวันที่ 14 ธ.ค. 2556 - 15 ธ.ค. 2561

หมายเหตุ

ผู้ที่ไม่ได้เรียนหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) จะไม่สามารถสมัครสอบได้ตั้งแต่ปี 2565 เป็นต้นไป

เอกสารที่ต้องส่งมาด้วย (โปรดเรียงเอกสารตามหัวข้อที่ระบุมาข้างล่างนี้ พร้อมรับรองสำเนาทุกฉบับ และใบสมัครเรียงตามเลขหน้าที่ระบุไว้ในใบสมัคร)

1. ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 1 ใบ ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน (**ติดใบสมัคร 1 ใบเท่านั้น**) ผู้สมัครสอบครั้งที่ 2 หรือ 3 ให้แนบหลักฐานแจ้งว่ามีสิทธิสอบครั้งที่ 2 หรือ 3 ที่ได้รับจากสมาคมโรคไตฯ โดยสามารถใช้ใบสมัครครั้งแรกได้
2. หนังสือรับรองการทำงานตามแบบของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (ผู้รับรองเป็นผู้เขียน ห้ามผู้สมัครเขียนเอง)
3. สำเนาใบเปลี่ยน คำนำหน้าชื่อ ชื่อสกุล (ถ้ามี)
4. สำเนาใบทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
5. สำเนาวุฒิมหาวิทยาลัยพยาบาลศาสตรบัณฑิต
6. สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
7. สำเนาบัตรสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไต
8. สำเนาใบประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)
9. สำเนาใบรับรองการฝึกอบรม สำเนาหลักฐานการเข้าประชุมวิชาการ เกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต

6. ส่งใบสมัคร กลับมาที่

คุณพิชชา แซ่เฮ็ง

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 4

ซอยศูนย์วิจัย เลขที่ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ 47

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

(ใบสมัครสอบผู้เชี่ยวชาญ ปี 2562)

หมายเหตุ

1. ส่งใบสมัครสอบเป็นจดหมายลงทะเบียน หรือ EMS กรุณาวางเล็บที่มุมของว่า **สมัครสอบ** ประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม (ไม่รับใบสมัครสอบฯ ทางโทรสาร) ตั้งแต่บัดนี้จนถึง วันที่ 15 ธันวาคม 2561 พร้อมตัวร่างเงิน (Draft) **ต้องตัวจริงเท่านั้น**
2. ผู้ที่สอบผ่านแล้ว จะต้องแจ้งความประสงค์ในการมารับใบประกาศฯ ที่สมาคมโรคไตฯ **ด้วยตนเอง** หรือ **ส่งทางไปรษณีย์** กรณีให้ส่งจะกรอกที่อยู่จัดส่งอย่างชัดเจนสามารถแจ้งความประสงค์ทางเว็บไซต์ เท่านั้น
3. สำหรับผู้ที่สมัครสอบประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นไปจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ที่ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล
4. การร้องขออุทธรณ์ เฉพาะกรณีถูกเงินเร่งด่วน และเรื่องไม่คาดคิดเท่านั้น เช่น ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีใบรับรองแพทย์แนบประกอบการพิจารณา ส่วนการคัดลอกสามารถทราบกำหนดการล่วงหน้าอยู่แล้ว จะอนุโลมเฉพาะในกรณีคัดลอกก่อนระยะเวลาที่กำหนดหรือหลังคลอด 3 เดือน **สำหรับกรณีอื่นไม่ได้รับการยกเว้นและไม่คืนค่าสมัครสอบ เช่น กรณีญาติป่วย เป็นต้น**

ข้อปฏิบัติในการเข้าสอบ

1. ผู้เข้าสอบต้องแต่งกายสุภาพเรียบร้อย (ห้ามนุ่งกางเกง ยกเว้น ยูนิฟอร์ม) และ โปรดตรงต่อเวลาด้วย
2. ในวันสอบภาคปฏิบัติให้นำเสื้อกาวน์, แว่นตา, Mask และป้ายชื่อ ส่วนตัวมาด้วย
3. ในวันสอบทฤษฎีโปรดจำหมายเลขที่สอบของตนเอง และเขียนในกระดาษคำตอบทุกใบ
4. อุปกรณ์การสอบที่อนุญาตให้นำเข้าห้องสอบและวางไว้บน โต๊ะสอบได้คือ
 - ดินสอ 2B
 - ยางลบดินสอ
 - กบเหลาดินสอพกพา
5. เมื่อเข้าห้องสอบแล้วผู้เข้าสอบจะต้องนั่งที่นั่งสอบตามเลขที่ของตนเอง ห้ามพูดคุยกับผู้เข้าสอบคนอื่น
6. ไม่อนุญาตให้เปิดหรือทำข้อสอบจนกว่าจะได้ยินประกาศให้เริ่มทำข้อสอบจากกรรมการคุมสอบเท่านั้น และต้องทำข้อสอบเฉพาะส่วนตามเวลาที่กำหนดไว้เท่านั้น หากฝ่าฝืนจะต้องยุติการสอบในทันที
7. การระบายคำตอบหรือเขียนตอบ จะต้องปฏิบัติตามข้อแนะนำอย่างเคร่งครัด หากฝ่าฝืน ทางสมาคมโรคไตฯ จะไม่รับผิดชอบต่อผลการตรวจคำตอบ
8. กระเป๋าสัมภาระ และสิ่งของอื่นๆ ต้องวางไว้หน้าห้องสอบที่เจ้าหน้าที่จัดเตรียมไว้ให้ เท่านั้น
9. ห้าม นำเครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิดเข้าห้องสอบ เช่น โทรศัพท์มือถือ วิทยุสื่อสาร เครื่องบันทึกเสียง หากตรวจพบในห้องสอบจะถือว่ามิเจตนากระทำการทุจริตในการสอบ ผู้เข้าสอบจะถูกยุติการสอบทันที การสอบถือเป็นโมฆะและอาจพิจารณาตัดสิทธิการสอบครั้งต่อไปด้วย
10. หากพบพฤติกรรมที่ส่อไปในทางทุจริตหรือมีเหตุให้สงสัยว่าทุจริต กรรมการคุมสอบมีสิทธิขอตรวจค้นร่างกายผู้เข้าสอบ

การจัดทำ Hemodialysis Work Instruction

การเขียน Hemodialysis Work Instruction จัดเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการสอบพยาบาลผู้เชี่ยวชาญฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในภาคปฏิบัติ โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยร่วมกับสมาคมพยาบาลโรคไต ทางสมาคมพยาบาลโรคไต ซึ่งเป็นฝ่ายดำเนินการในการสอบภาคปฏิบัติ ขอชี้แจงเกี่ยวกับระเบียบการจัดทำ และการเขียน Hemodialysis Work Instruction เพื่อให้เกิดความเที่ยงตรง มีความสอดคล้องตรงกับการปฏิบัติจริง และความเป็นระเบียบเรียบร้อยในขั้นตอนของการจัดทำเอกสาร จึงขอให้ผู้เข้าสอบจัดทำ Hemodialysis Work Instruction ดังนี้

คำจำกัดความของ Work Instruction (WI)

Work Instruction หมายถึง เอกสารที่อธิบายถึงกระบวนการทำงานที่เป็นภาพโดยรวมตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย โดยบอกถึงวิธีปฏิบัติงานโดยละเอียดในแต่ละขั้นตอน

สำหรับ Hemodialysis Work Instruction ผู้เข้าสอบจะต้องเขียนขั้นตอนที่ปฏิบัติจริงในขณะสอบ โดยจำแนกตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การเตรียม Dialyzer และ Blood line เพื่อใช้กับผู้ป่วย (เฉพาะ reused เท่านั้น)
2. การประเมินผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วยก่อนทำ Hemodialysis
3. การประเมิน และใช้ Vascular access (Permanent และ Temporary)
4. การเริ่มต้น (start) Hemodialysis
5. การให้การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการทำ Hemodialysis และการเฝ้าระวังวงจรไตเทียม
6. การหยุด (off) Hemodialysis และการดูแลผู้ป่วยภายหลังการทำ Hemodialysis
7. การล้างอบฆ่าเชื้อ (Reprocessing) Dialyzer และ Blood line โดยวิธี manual
8. การทำความสะอาด และ Disinfect เครื่องไตเทียมหลังจากใช้งาน

เงื่อนไข

1. วิธีการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนต้องได้มาตรฐาน โดยสามารถยึด Guideline ของสมาคมพยาบาลโรคไต เป็นแนวทางการปฏิบัติได้ หากแต่มีใช้การคัดลอกตามแนวทางของสมาคมพยาบาลโรคไต มาทั้งหมดแต่เพียงอย่างเดียว
2. ผู้สอบจะต้องจัดทำ Hemodialysis WI ด้วยตนเอง และนำไปปฏิบัติจริงในขณะสอบ

การจัดทำรูปเล่ม

1. รูปแบบการจัดพิมพ์ ใช้กระดาษ A4 ตัวหนังสือใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16
2. การจัดเรียงเอกสาร ให้จัดเรียงตามลำดับ ดังนี้
 - 2.1 ใบคำชี้แจงการจัดทำ Hemodialysis WI ของสมาคมโรคไตฯ (ในใบสมัคร)
 - 2.2 สารบัญ
 - 2.3 เนื้อหาขั้นตอนการทำ Hemodialysis ครอบคลุม 8 ขั้นตอนตามลำดับ ดังกล่าวข้างต้น
 - 2.4 เอกสารอ้างอิง