

ประวัติการปฏิบัติงาน Hemodialysis	
1. สถาบัน/ สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....
ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิดทำ HD รอบ/วัน เปิดทำ HD..... วัน/สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ	แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น โทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง
2. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....
ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิด HD รอบ/วัน เปิด HD..... วัน/ สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ	แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อ ห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น โทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง
3. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....
ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิด HD.....รอบ/วัน เปิด HD..... วัน/ สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ	แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น โทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง

4. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....
ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิด HDรอบ/วัน เปิด HD..... วัน/ สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ	แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น โทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง

5. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....
ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิด HD.....รอบ/วัน เปิด HD..... วัน/ สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ	แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น โทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง

การระบุเครื่องไตเทียมในการสอบภาคปฏิบัติ

ให้ระบุเครื่องไตเทียมที่ท่านสามารถปฏิบัติได้จริงตามลำดับ โดยให้คำนึงถึงเครื่องไตเทียมที่มีการใช้อยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้ คณะกรรมการจะพิจารณาตามลำดับของการสมัครสอบและตามความเหมาะสมของสนามสอบภาคปฏิบัติเป็นหลัก

อันดับที่ 1 เครื่องไตเทียม.....รุ่น.....

อันดับที่ 2 เครื่องไตเทียมรุ่น.....

อันดับที่ 3 เครื่องไตเทียมรุ่น.....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

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
- ☐ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

ขอรับรองว่า.....ตำแหน่ง.....

ได้ปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ตั้งแต่.....ถึงปัจจุบันจริง และขณะนี้ยังปฏิบัติงานด้านนี้อยู่

ลงชื่อผู้รับรอง

(.....)

วันที่

หนังสือรับรองการปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ฉบับที่ 3

ข้าพเจ้า (พยาบาล).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....โรงพยาบาล.....คุณวุฒิ.....

- ☐ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ.....
- ☐ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล รพ.....(กรณีไม่มีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ)

ขอรับรองว่า.....ตำแหน่ง.....

ได้ปฏิบัติงานด้าน Hemodialysis ตั้งแต่.....ถึงปัจจุบันจริง และขณะนี้ยังปฏิบัติงานด้านนี้อยู่

ลงชื่อผู้รับรอง

(.....)

วันที่

หมายเหตุ: หนังสือรับรอง ต้องเป็นลายมือของผู้รับรองทั้งหมด และต้องมีครบทั้ง 3 ฉบับ