



คู่มือแพทย์ประจำบ้าน
สาขา ศัลยศาสตร์ทั่วไป
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(ปรับปรุง ปีการศึกษา 2566)

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับองค์กร	1
ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ	3
โครงสร้างองค์กร และโครงสร้างการบริหาร ภาควิชาศัลยศาสตร์	4
หลักสูตร การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน	7
• พันธกิจของการฝึกอบรม/หลักสูตร	7
• ผลลัพธ์ของการฝึกอบรม/หลักสูตร	8
• แผนการฝึกอบรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์	11
• เนื้อหาของการฝึกอบรม	12
• หัตถการจำเป็นในการสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ	13
• การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	14
• การเรียนรู้ทางด้านบูรณาการ	14
• งานวิจัย	15
กิจกรรมวิชาการ	16
• กิจกรรมวิชาการรวม	16
• กิจกรรมวิชาการตามหน่วย	23
• กิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้ใจได้	24
• กิจกรรมวิชาการเสริมอื่นๆ	26
การวัดและประเมินผล	26
• การอุทธรณ์ผลการประเมิน	33
• การโอนย้ายผลการประเมิน	33
บทบาทของแพทย์ประจำบ้านในการบริหารจัดการหลักสูตร	33
อาจารย์ที่ปรึกษา	34
สถานะการปฏิบัติงานและสวัสดิการของแพทย์ประจำบ้าน	35
การจัดตารางหมุนเวียนแพทย์ประจำบ้าน	36
ตารางการปฏิบัติงานและกิจกรรมวิชาการของแต่ละสาย	37
• G 1	37
• G 2	38
• G 3	39

หัวข้อ	หน้า
● G 4	40
○ หน้าที่ ความรับผิดชอบและระเบียบการทำงานของแพทย์ประจำบ้านหน่วย G1-G4	41
● Colo	44
○ หน้าที่ ความรับผิดชอบและระเบียบการทำงานของแพทย์ประจำบ้านหน่วย colo	45
● Trauma	46
○ หน้าที่ ความรับผิดชอบและระเบียบการทำงานของแพทย์ประจำบ้านหน่วย Trauma	47
เจตคติที่ดีในการเป็นศัลยแพทย์	49
ระเบียบการปฏิบัติงาน และข้อควรปฏิบัติอื่นๆ	50
ภาคผนวก	54
● ผนวก 1 เนื้อหาของการฝึกอบรม	i
● ผนวก 2 หลักสูตรศัลยศาสตร์พื้นฐาน	vi
● ผนวก 3 หลักสูตร ฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	viii
● ผนวก 4 หลักสูตรพื้นฐานการวิจัยทางศัลยศาสตร์	xii
● ผนวก 5 Procedural Skills	xiv
● ผนวก 6 Good Surgical Practice	xxii
● ผนวก 7 การรับรอง วุฒิบัตร สาขาศัลยศาสตร์ ให้มีคุณวุฒิ “เทียบเท่าปริญญาเอก”	xxiv
● ผนวก 8 กรอบกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้ใจได้	xxviii
● ผนวก 9 ใบประเมินต่างๆ	xxxv
● ผนวก 10 อาจารย์ที่ปรึกษาประจำสาย	xxxvi
● ผนวก 11 สิทธิการลา	xxxvii
● ผนวก 12 คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย	xxxviii
● ผนวก 13 ข้อปฏิบัติในกรณีถูกของมีคมบาด หรือสัมผัสสารคัดหลั่ง	xl
● ผนวก 14 แนวทางปฏิบัติงานในหน่วยต่าง ๆ ของภาควิชาศัลยศาสตร์	xliii
○ ศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ	xliii
○ กุมารศัลยศาสตร์	xlviii
○ ยูโรวิทยา	xlix

หัวข้อ

หน้า

- ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง
- ER Trauma
- Endoscope
- ICU
- Pathology

liii

liv

liv

lv

lv

คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขา ศัลยศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขา ศัลยศาสตร์ทั่วไป ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป และแพทย์ประจำบ้านสาขาอื่นๆที่มาหมุนเวียนปฏิบัติงานในหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป ทั้งในหอผู้ป่วย ห้องตรวจผู้ป่วยนอกและห้องผ่าตัด เพื่อให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐานเดียวกันในแผนกศัลยศาสตร์ และหลีกเลี่ยงความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

สถานที่ติดต่อ หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ตึกรัตนวิทยาพัฒนา ชั้น 13 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-6494000 ต่อ 61331, 16330

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับองค์กร

ชื่อหน่วยงาน ที่ตั้ง และประวัติความเป็นมาโดยย่อ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์
เมื่อมีการจัดตั้ง "คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์" และเปิดภาคเรียนจริงในวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ.2490 มีภาควิชารวม 10 ภาค และภาควิชาศัลยศาสตร์ เป็นภาควิชาหลัก โดยมี **พลตรีพระยาดำรงแพทยาคณ** เป็น คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์คนแรก และมีแพทย์ประจำแผนกอีก 6 ท่าน ได้แก่ ศาสตราจารย์ พันตรีประจักษ์ ทองประเสริฐ, นายแพทย์ชูป โชติกเสถียร, นายแพทย์สมาน มันทาภรณ์, นายแพทย์พงษ์ ต้นสถิตย์, นายแพทย์เฉลี่ย วัชรพุกก์ และ นายแพทย์เล็ก ณ นคร มีเตียงรับผู้ป่วย 93 เตียง, ห้องผ่าตัด 5 ห้อง และเตียงผ่าตัด 7 เตียง ได้บริการประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลและการผ่าตัดโรคทางศัลยกรรมทั้งหมด โดยยังไม่แบ่งเป็นหน่วยสาขาวิชาต่างๆ นั่นคือ ศัลยแพทย์ทุกคนต้องทำทั้งศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมอื่นๆ เช่น ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ, กุมารศัลยกรรม รวมทั้งเป็นวิสัญญีแพทย์ด้วย

ในปี พ.ศ.2500 ภาควิชาศัลยศาสตร์ได้เริ่มแบ่งหน่วยงานของภาควิชาฯ ออกเป็นหน่วยย่อยต่างๆ ได้แก่ หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป (ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 หน่วย คือ ศัลยศาสตร์ทั่วไป 1 และ ศัลยศาสตร์ทั่วไป 2), หน่วยศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (Urology), หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ (Pediatric Surgery), หน่วยศัลยศาสตร์ทรวงอกหลอดเลือดและหัวใจ (Cardiovascular and Thoracic Surgery), หน่วยศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง (Plastic and Reconstructive Surgery), หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ (Neurological Surgery) และหน่วยศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งต่อมาได้มีการแยกไปเป็นภาควิชาออร์โธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู เมื่อปี พ.ศ.

2507 เช่นเดียวกับหน่วยวิสัญญีวิทยา ซึ่งก็ได้แยกออกเป็นภาควิชาวิสัญญีวิทยา เมื่อปี พ.ศ.2508 และหน่วย ศัลยศาสตร์ทั่วไปก็ได้แบ่งย่อยออกเป็น 4 หน่วย คือ ศัลยศาสตร์ทั่วไป 1, ศัลยศาสตร์ทั่วไป 2, ศัลยศาสตร์ทั่วไป 3 และศัลยศาสตร์ทั่วไป 4 การดำเนินงานของภาควิชาฯ ได้ใช้โครงสร้างเช่นนี้ตลอดมาเป็นเวลานาน จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ.2541 จึงได้จัดตั้งหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Surgery) เพิ่มขึ้นอีกหน่วยหนึ่ง

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2510 ได้มีการโอนคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มาอยู่ในสังกัดของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอีกครั้งหนึ่ง และเปลี่ยนชื่อเรียกว่า "คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย" และภาควิชาศัลยศาสตร์ ในสังกัดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์เฉลิม วัชรพุกก์ เป็นหัวหน้าภาควิชา

ทางภาควิชาได้เริ่มเปิดรับฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอย่างเป็นระบบเป็นครั้งแรก โดยได้รับการรับรองจากแพทยสภา เมื่อปี พ.ศ.2515 เป็นปีแรก ได้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงปัจจุบันมีการจัดการฝึกอบรมรวม 7 สาขาได้แก่ ศัลยศาสตร์ทั่วไป, กุมารศัลยศาสตร์, ประสาทศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์ทรวงอก, ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง, ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และ ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

นอกจากภาระกิจในการจัดการเรียนการสอนนิสิตระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตในส่วนของภาควิชาศัลยศาสตร์ การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ 7 สาขาแล้ว ภาควิชาฯ ยังให้บริการผ่าตัดรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรมซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประกอบการรักษารวมถึงการค้นคว้าวิจัยเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่และเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาวิธีการรักษา นอกจากนี้ ภาควิชาฯ ยังได้ให้บริการในแง่ของการเผยแพร่ความรู้ด้านศัลยศาสตร์แก่ประชาชนทั่วไปอีกด้วย เนื่องจากภาควิชาศัลยศาสตร์มีประวัติอันยาวนานโดยที่หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ร่วมกับคณาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนได้เสียสละและอุทิศเวลาให้กับการทำงานของภาควิชาฯ เพื่อให้สมกับปณิธานและพันธกิจของภาควิชาฯ ทุกหน่วยในภาควิชาฯ ได้มีการพัฒนาเป็นอย่างมากในด้านการสอน, การวิจัย และการบริการทางวิชาการแก่สังคม จนมีผลงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์ยอมรับโดยทั่วไปทั้งภายในประเทศและต่างประเทศตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้คณาจารย์ของภาควิชาฯ จะยังคงพัฒนาผลงานทางวิชาการต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการและประโยชน์สูงสุดต่อวงการสาธารณสุขของประเทศและสังคมโดยรวม และเพื่อเป็นการรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของสังคมไทย เพื่อเป็นการระลึกถึงพระคุณผู้กระทำความดีอันยังประโยชน์และทำชื่อเสียงให้แก่ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นตัวอย่างให้คณาจารย์ของภาควิชาฯ ในปัจจุบันและในอนาคตได้สืบทอดเจตนารมย์ ภาควิชาฯ ได้จัดทำเป็น หอเกียรติคุณ ณ ตึกสิรินธร ชั้นล่าง เพื่อจารึกเกียรติประวัติและผลงานของท่านเหล่านี้ไว้ให้อนุชนรุ่นหลังได้ศึกษาเป็นแบบอย่างและระลึกถึงตลอดไป

ศัลยแพทย์และผู้อำนวยการคนแรกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศัลยแพทย์คนแรกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ชื่อ นายแพทย์เอฟ เซเฟอร์ เป็นชาวเมืองโอริโนสกะ ประเทศเยอรมนี เคยเป็นหัวหน้าแผนกผ่าตัดโรงพยาบาลกองทัพรักษาพระองค์ของกษัตริย์ปรัสเซีย (เยอรมนี) เข้ามารับราชการในประเทศไทย เป็นที่ปรึกษากรมแพทย์สุขาภิบาลทหารบก

ในเดือนเมษายน พ.ศ.2457 ได้มีพระบรมราชโองการแต่งตั้งให้เป็นผู้บัญชาการโรงพยาบาลทหารบก กลาง ซึ่งตั้งทำการในสถานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นที่น่าเสียดายที่ท่านถึงแก่กรรมเนื่องจากติดโรคระบาด ขณะผ่าตัด เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2457 ซึ่งเป็นเวลาก่อนที่ พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเปิดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพียง 15 วัน ท่านเป็นผู้วางรายละเอียดเรื่องการก่อสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ทันสมัยให้แก่โรงพยาบาล ได้แก่ เครื่องฉายรังสี รอนท์เก้น ซึ่งถือเป็นเครื่องแรกๆ ของประเทศไทย ก่อนโรงพยาบาลอื่นๆ นับสิบปี เครื่องแช่น้ำไฟฟ้า การตรวจเช็บบัคเทรี การทำและจำหน่ายแว่นตา รวมถึงการมีธาตุเรดิอัม (แร่เรเดียม) ไว้ใช้

ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจของภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ปรัชญา

ศัลยศาสตร์จุฬา	คู่กาชาดไทย
วิชาการกว้างไกล	ขจรไกลสู่สากล
เลิศล้ำคุณธรรม	ผู้นำงานวิจัย
ศัลยแพทย์น้อยใหญ่	รับใช้ปวงชน

2. วิสัยทัศน์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นสถาบันวิชาการศัลยศาสตร์ที่ผลิตบัณฑิตแพทย์ และศัลยแพทย์ที่มีคุณภาพ คุณธรรม สร้างงานวิจัยที่มีคุณค่าให้บริการทางการแพทย์และวิชาการทางด้านศัลยกรรม เป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการด้านศัลยศาสตร์ของชาติและนานาชาติ

3. พันธกิจ

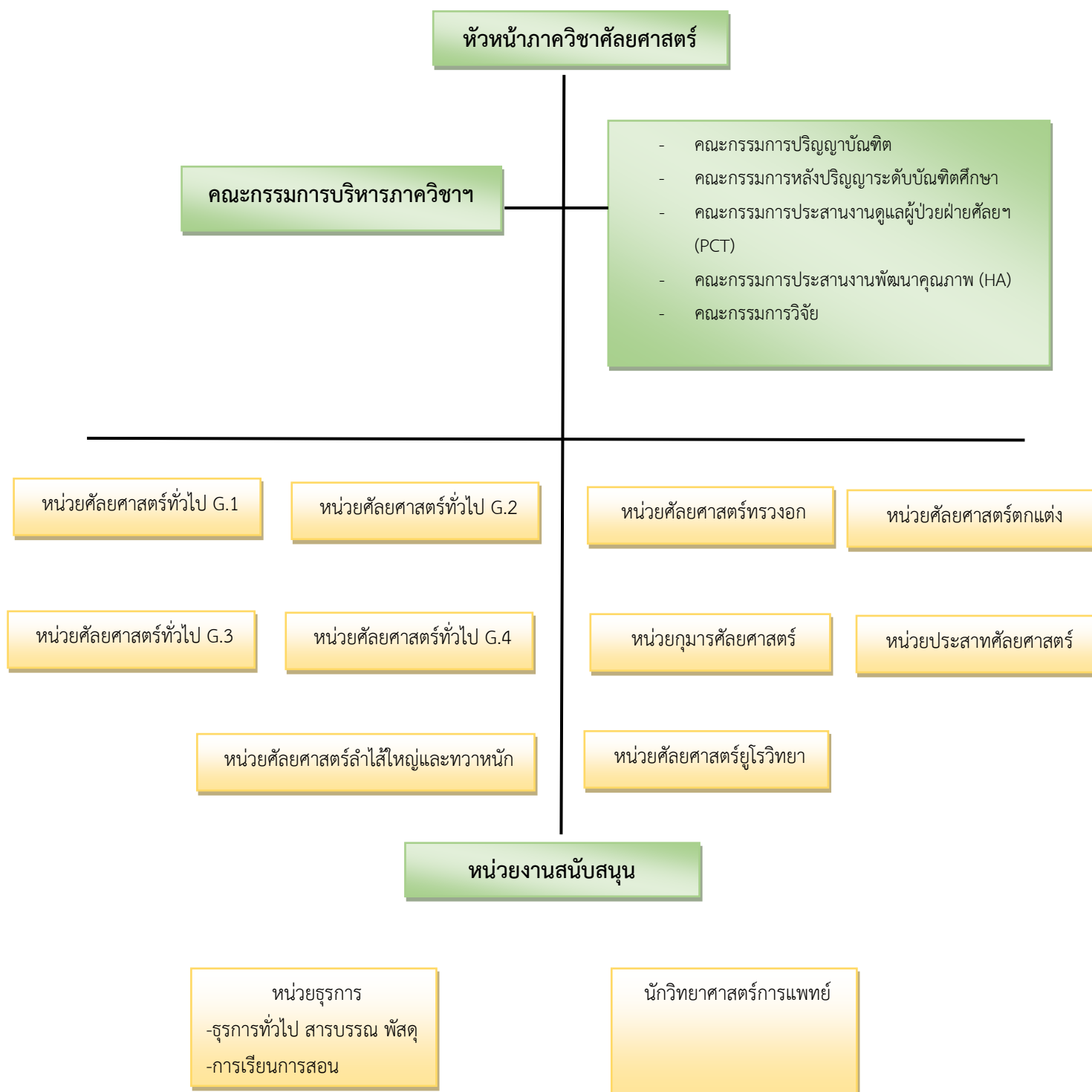
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมีพันธกิจดังต่อไปนี้

1) การจัดการเรียน การสอนในสาขาวิชาศัลยศาสตร์ เพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์และศัลยแพทย์ที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ มีความสามารถทางหัตถการตลอดจนมีคุณธรรม และจริยธรรม สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

2) การให้บริการการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม เพื่อให้บริการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการในทุก ระดับทั้งระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ให้ได้ผลการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพ

3) การวิจัยเพื่อแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ หรือประเมินประสิทธิภาพในการรักษา เพื่อให้สามารถนำผลที่ได้มาใช้ในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ รวมไปถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยยังมุ่งที่จะให้องค์ความรู้เผยแพร่สู่ภายนอกทั้งระดับประเทศและนานาชาติ

โครงสร้างองค์กร และโครงสร้างการบริหาร ภาควิชาศัลยศาสตร์



รายชื่อผู้บริหาร/กรรมการบริหารของภาควิชา

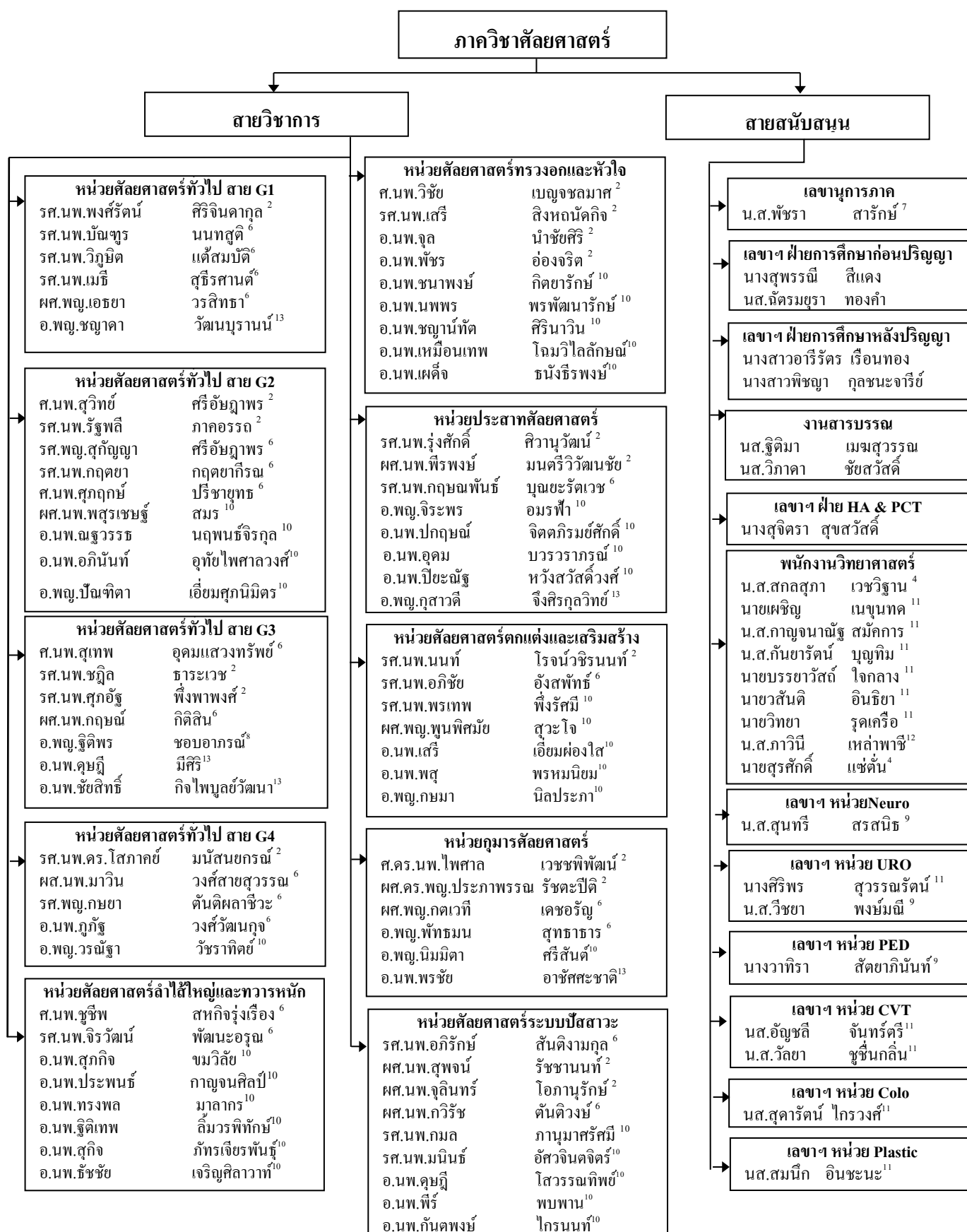
● รายชื่อผู้บริหารภาควิชาศัลยศาสตร์

- | | | |
|---------------------|----------------|---|
| 1. รศ.นพ. อภิรักษ์ | สันติงามกุล | หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ |
| 2. รศ.นพ. พงศ์รัตน์ | ศิริจินดากุล | รองหัวหน้าภาควิชาฯ ฝ่ายบริหาร |
| 3. รศ.นพ. บัณฑูร | นนทสูติ | ผู้ช่วยรองหัวหน้าภาควิชาฯ ฝ่ายบริหาร |
| 4. รศ.นพ. กฤตยา | กฤตยาภิรม | รองหัวหน้าภาควิชาฯ ฝ่ายบริการ |
| 5. ศ.นพ. สุเทพ | อุดมแสวงทรัพย์ | รองหัวหน้าภาควิชาฯ ฝ่ายการศึกษาหลังปริญญา |
| 6. รศ.พญ. กษยา | ตันติผลาชีวะ | รองหัวหน้าภาควิชาฯ ฝ่ายการศึกษาก่อนปริญญา |
| 7. ผศ.นพ. กฤษณ์ | กิตติสิน | รองหัวหน้าภาควิชาฯ ฝ่ายวิจัย |
| 8. ผศ.นพ. พรเทพ | พึงรัศมี | รองหัวหน้าภาควิชาฯ ฝ่ายประกันคุณภาพการศึกษา
และ ประธาน PCT |
| 9. รศ.นพ. กมล | ภานุมาศรัศมี | เลขานุการภาควิชาฯ |

● รายชื่อคณะกรรมการฝึกอบรมฯ สาขา ศัลยศาสตร์ทั่วไป

- | | | |
|--------------------------------------|----------------|--|
| 1. รศ.นพ. พงศ์รัตน์ | ศิริจินดากุล | ที่ปรึกษากรรมการ |
| 2. ศ.นพ. สุเทพ | อุดมแสวงทรัพย์ | ประธานฝึกอบรม |
| 3. รศ.นพ. บัณฑูร | นนทสูติ | รองประธานกรรมการฝึกอบรมและประธานด้านวิชาการ |
| 4. ศ.นพ. ศุภฤกษ์ | ปรีชายุทธ์ | กรรมการและรองประธานด้านวิชาการ |
| 5. รศ.นพ. ไสภาคย์ | มนัสนัยกรณ์ | กรรมการ |
| 6. รศ.นพ. รัฐพลี | ภาคอรธ | กรรมการ |
| 7. รศ.พญ. สุกัญญา | ศรีอัมภพร | กรรมการ |
| 8. รศ.นพ. วิภูษิต | แต่สมบัติ | กรรมการด้านเพิ่มพูนทักษะ |
| 9. รศ.พญ. กษยา | ตันติผลาชีวะ | กรรมการด้านแพทยศาสตรศึกษา |
| 10. ผศ.นพ. กฤษณ์ | กิตติสิน | กรรมการและประธานด้านงานวิจัย |
| 11. รศ.นพ. เมธี | สุธีรศานต์ | กรรมการและประธานด้านพัฒนาเวชระเบียน |
| 12. ผศ.นพ. มาวิน | วงศ์สายสุวรรณ | กรรมการ |
| 13. อ.นพ. จิตติเทพ | ลิ้มวรพิทักษ์ | กรรมการ |
| 14. อ.พญ. จิตติพร | ชอบอาภรณ์ | กรรมการด้านความเสี่ยง |
| 15. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 | | กรรมการ |
| 16. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 | | กรรมการ |
| 17. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 | | กรรมการ |
| 18. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 | | กรรมการ |
| 19. ผศ.พญ. เอธยา | วรสิทธิ์า | เลขานุการกรรมการฝึกอบรมและอนุกรรมการด้านการวิจัย |

ผังการจัดองค์กร (Organization Chart)



หมายเหตุ :

1. หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์
2. ข้าราชการสาย ก
3. ข้าราชการสาย ข
4. ข้าราชการสาย ค
5. หัวหน้าธุรการศัลยศาสตร์

6. พนักงานมหาวิทยาลัย (สายวิชาการ)
7. พนักงานมหาวิทยาลัย (สายสนับสนุน)
8. คนงานประจำสังกัดคณะแพทยศาสตร์
9. พนักงานมหาวิทยาลัย (ประจำโครงการ)
10. อาจารย์สังกัดสภาภาควิชา

11. เจ้าหน้าที่สังกัดสภาภาควิชา
12. ลูกจ้างประจำสังกัดสภาภาควิชา
13. ครอบครัวยุ

หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับแพทย์ประจำบ้าน

หลักสูตรที่เปิดสอนสำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขา ศัลยศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ มี 2 หลักสูตร ดังนี้

1. หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สาขา ศัลยศาสตร์ทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระยะเวลาการฝึกอบรม 3 ปี
 2. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (Diploma of the Thai Board of Surgery) มีระยะเวลาการฝึกอบรม 4 ปี
- โดยแพทย์ประจำบ้านจะได้เรียนทั้งสองหลักสูตรควบคู่กันไป

พันธกิจของการฝึกอบรม/หลักสูตร

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำหลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา ศัลยศาสตร์ เพื่อผลิตศัลยแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการทำหัตถการหรือการผ่าตัดให้มีมาตรฐาน อย่างดี เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศและปัญหาสาธารณสุขในแต่ละ ภูมิภาคที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านโรคทางศัลยศาสตร์ที่เป็นปัญหาที่พบบ่อย (Common surgical problem) ภาวะฉุกเฉินทางด้านศัลยศาสตร์ที่สำคัญ (Acute care surgery) และผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (Trauma) โดยมีความรู้และทักษะอย่างดีทั้งในแง่การให้การวินิจฉัยโรค การส่งตรวจที่เหมาะสม การแปลผลตรวจ วินิจฉัยต่างๆ ที่สำคัญ การวางแผนเลือกวิธีการรักษา การดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลัง ผ่าตัดชนิดต่างๆ การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการให้การกู้ชีพ โดยมีพันธกิจหลักในการอบรมดังนี้

1. ควบคุม กำกับและบริหารจัดการการฝึกอบรมให้ผู้รับการฝึกอบรมมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน เพิ่มขึ้นตามลำดับขั้นปี และสามารถพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแลตามลำดับ อย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถสำเร็จเป็นศัลยแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพของ ประชากรในแต่ละภูมิภาคจนถึงระดับประเทศ สามารถมีส่วนร่วมในระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา ผู้ป่วย การบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม และมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ของประชาชนและความรับผิดชอบต่อสังคมอื่นๆตามความเหมาะสม
2. ผลิตศัลยแพทย์ที่มีความรู้และประสบการณ์ในวัตรกรรมทางการแพทย์และแนวทางปฏิบัติการที่เป็น มาตรฐานสากลที่ทันสมัย รู้จักการประยุกต์ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ทางการแพทย์อย่างเหมาะสม มี ความสามารถในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง มีเจตนาธรรมและเตรียมพร้อมที่จะเรียนรู้ตลอดชีวิต ผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณค่าเพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนาตนเองสู่ผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพ รวมถึงมี ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ แพทย์ นิสิตแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ รวมถึง ประชาชนทั่วไป
3. มุ่งเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรมมีความสามารถทำงานตามหลักพหุตินิสัยและมารยาททางวิชาชีพ (Professionalism) มีเจตคติและจริยธรรมทางการแพทย์ที่ดีงาม สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มี

ประสิทธิภาพ มีความเอื้ออาทรและคำนึงถึงความปลอดภัย ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานการดูแลแบบองค์รวม มีความสามารถในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อเพื่อนร่วมงานทั้งในวิชาชีพของตนเองและวิชาชีพอื่นรวมทั้งต่อผู้ป่วยและญาติ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นทีม และปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพได้เป็นอย่างดี

4. ผลิตศิษย์แพทย์เพื่อเป็นอาจารย์แพทย์ในอนาคต

ผลลัพธ์ของการฝึกอบรม/หลักสูตร

แผนงานฝึกอบรมสาขาศัลยศาสตร์กำหนดผลสัมฤทธิ์และระดับความสามารถระหว่างการฝึกอบรมที่ประสงค์ (intended learning outcomes/milestones) ที่ชัดเจนครอบคลุมประเด็นหลัก 6 ด้านดังต่อไปนี้

1. การดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care)

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องมีผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ ทักษะหัตถการ และเจตคติ ในบริบทของสาขาวิชาศัลยศาสตร์อย่างครบถ้วนจนสามารถให้การบริบาลผู้ป่วย (Patient care) ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม คำนึงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย รวมทั้งสามารถปฏิบัติงานทางด้านศัลยศาสตร์ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล

2. ความรู้และทักษะหัตถการเวชกรรม (medical knowledge & procedural skills) สามารถทำเวชปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมและ เหมาะสมกับบริบทของสาขาศัลยศาสตร์

2.1. ด้านความรู้ (Medical knowledge)

1). มีความรู้เกี่ยวกับโรค การวินิจฉัยและการส่งตรวจ แนวทางการรักษา วิธีการผ่าตัด ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคทางศัลยศาสตร์ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งกลุ่มโรคที่พบบ่อย (Common surgical problem), ภาวะฉุกเฉินทางด้านศัลยศาสตร์ที่สำคัญ (Acute care surgery) และผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (Trauma) อย่างดี

2). มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัดชนิดต่างๆ อย่างเหมาะสม

3). มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางศัลยศาสตร์ และการให้การกู้ชีพอย่างเหมาะสม

4). มีความรู้พื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์อย่างเหมาะสม

5). มีความรู้ที่ครอบคลุมในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องและประเด็นที่มีความจำเพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์อย่างเหมาะสม

6). มีความรู้และมีประสบการณ์ในนวัตกรรมทางการแพทย์ที่มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งรู้แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์ที่ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอและมีความสามารถในการพิจารณา นำมาใช้้อย่างเหมาะสมและสมเหตุสมผล

2. ด้านทักษะหัตถการ (Procedural skills)

- 1). มีทักษะและประสบการณ์ในการวินิจฉัยโรค การพิจารณาเลือกการส่งตรวจ การอ่านผลและแปลผลตรวจ การเลือกแนวทางการรักษา การเลือกวิธีการผ่าตัด ในกลุ่มโรคทางศัลยศาสตร์ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งกลุ่มโรคที่พบบ่อย (Common surgical problem), ภาวะฉุกเฉินทางด้านศัลยศาสตร์ที่สำคัญ(Acute care surgery)และผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (Trauma) เป็นอย่างดี
- 2). มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด ชนิดต่างๆ อย่างเหมาะสม
- 3). มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางศัลยศาสตร์ และทักษะในการกู้ชีพอย่างเหมาะสม
- 4). มีทักษะและประสบการณ์ในการทำหัตถการพื้นฐานทางศัลยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอย่างดี
- 5). มีทักษะและประสบการณ์ในการทำหัตถการการผ่าตัด และการช่วยผ่าตัดที่สำคัญและที่จำเป็น อย่างดีและครบถ้วน

3. ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (interpersonal and communication skills)

- 3.1 นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย บันทึกรายงานทางการแพทย์ และอภิปรายปัญหาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.2 สามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะ ให้แพทย์นักศึกษาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม
- 3.3 สื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยมีความเมตตา เคารพการตัดสินใจและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย
- 3.4 มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การเรียนรู้และการพัฒนาจากฐานการปฏิบัติ (practice- based learning and improvement) โดยสามารถปฏิบัติงาน แบบสหวิชาชีพหรือเป็นทีมได้

- 4.1 เรียนรู้และพัฒนาตนเองจากการปฏิบัติงานดูแลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งด้านการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การพิจารณาส่งตรวจวินิจฉัย การรักษาและการให้คำแนะนำผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถสื่อสารกับพยาบาลและทีมผู้รักษาได้อย่างเหมาะสม
- 4.2 เรียนรู้และพัฒนาตนเองจากการปฏิบัติงานในด้านทักษะการทำหัตถการและการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมตามระดับขั้นปีที่สูงขึ้น
- 4.3 เรียนรู้และพัฒนาตนเองจากการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถเข้าใจระบบการทำงานภายในโรงพยาบาล การบริหารจัดการ และการทำงานร่วมกับสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆได้อย่างเหมาะสม

5. ความสามารถในการทำงานตามหลักวิชาชีพนิยม (professionalism) รวมทั้งคุณลักษณะของ
 ความเป็นผู้เรียนรู้ ตลอดชีวิต (continue medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพ ต่อเนื่อง
 (continue professional development)

5.1 มีพหุตินิสัยและมารยาททางวิชาชีพที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มี
 ประสิทธิภาพ มีความเอื้ออาทรและคำนึงถึงความปลอดภัย โดยยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานการดูแล
 แบบองค์รวม

5.2 มีพหุตินิสัยและมารยาททางวิชาชีพที่เหมาะสมต่อเพื่อนร่วมงานทั้งในวิชาชีพของตนเองและ
 วิชาชีพอื่นรวมทั้งต่อผู้ป่วยญาติและชุมชน

5.3 มีความสามารถในการสืบค้นและวิพากษ์ข้อมูลเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ และนำมา
 ประยุกต์ใช้ในการทำงานได้อย่างเหมาะสม

5.4 มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการวิจัยทางการแพทย์และสามารถทำวิจัยทางการแพทย์เพื่อ
 สร้างองค์ความรู้และพัฒนาตนเองไปสู่ผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพหรือนักวิชาการในอนาคตได้ สามารถพัฒนาไปสู่
 ความเป็นผู้เรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (continue medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง
 (continue professional development)

6. การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (systems- based practice) มีความรู้ความ
 เข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ ระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยรวมทั้งการใช้ทรัพยากร
 สุขภาพอย่างเหมาะสม

6.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ

6.2 มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลรวมทั้งระบบ
 พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

6.3 มีความรู้ด้านการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม รู้ข้อจำกัดใน
 ระบบการดูแลผู้ป่วยและสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เข้ากับบริบทของการบริการสาธารณสุขได้
 ตามมาตรฐานวิชาชีพ

6.4 มีความรู้ความเข้าใจในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และความรับผิดชอบทาง
 สังคมอื่นๆ ตามความเหมาะสม

แผนการฝึกอบรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

แผนการฝึกอบรมได้จัดทำขึ้นเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ 6 ประการ โดยมี
 วิธีการฝึกอบรมและการประเมินดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Competency and outcome-based training

Competency	Definition	Learning process	Assessment
Patient care	Clinical skills	Authentic learning, simulation	Workplace-based assessment
Medical knowledge	Basic Science & Clinical knowledge	Lecture, Self-directed Learning, Seminar	MCQ, Essay, MEQ Collective review, Grand round
Practice-based learning & improvement	Research skill, IT skills, Procedural skills	Research project, authentic practice, simulation, Seminar	Research progression, DOPS, PBA, OSCE, workshop, MM
Interpersonal & Communication skills	Presentation skills, Communication skills	Presentation, workshop, authentic practice	Multisource feedback MM, Grand Round, collective review
Professionalism	Ethics, non-technical skills	Workshop, authentic practice	WBA, Multisource feedback
System-based practice	Patient safety, Rational drug use, Quality development, Risk management	Seminar, workshop, simulation, authentic practice	WBA, project-based assessment

MCQ = multiple choice question, MEQ = modified essay question, DOPS = direct observation of procedural skills, PBA = procedure-based assessment, OSCE = objective structured clinical examination, MM = morbidity & mortality conference, WBA = workplace-based assessment

เนื้อหาของการฝึกอบรม (ผนวก 1)

ครอบคลุมองค์ความรู้ 4 ส่วน

ก.เนื้อหาสำคัญ (Essential contents) ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคทางศัลยศาสตร์ที่เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย (Common surgical problem / diseases) และภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ที่เป็นปัญหาที่สำคัญ และการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ (Acute surgical care and Trauma) โดยครอบคลุมหัวข้อในทุกส่วนอวัยวะตามกลุ่มต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. Upper gastro-intestinal tract
2. Lower gastro-intestinal tract
3. Hepatobiliary & pancreas systems
4. Endocrine gland
5. Breast
6. Vascular system
7. Skin, soft tissue, abdominal wall and miscellaneous
8. Trauma and Burn
9. Minimal invasive surgery and gastrointestinal endoscopy

ข. ความรู้พื้นฐานที่เป็นหลักการเบื้องต้นของศัลยศาสตร์ เป็นการบูรณาการความรู้พื้นฐานเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมในสาขาศัลยศาสตร์ จัดให้มีการอบรมในหลักสูตร Fundamental surgery สำหรับผู้ที่เข้ารับการฝึกอบรมหรือแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 (ผนวก 2)

ค. หลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูง สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (Advanced Trauma Life Support: ATLS) เป็นหลักสูตรพื้นฐานที่แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ต้องได้รับการอบรมและได้รับประกาศนียบัตรผ่านการอบรม เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุเบื้องต้นอย่างมาตรฐานและการดูแลภาวะการบาดเจ็บที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น (ผนวกที่ 3)

ง. ความรู้ทั่วไปในสาขาศัลยศาสตร์อื่นๆและสาขาที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้ผู้รับการฝึกอบรมมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสาขาที่เกี่ยวข้องหรือให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้ในสาขาศัลยศาสตร์อื่นๆ ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์ ได้แก่

1. Pediatric surgery
2. Urology
3. Cardiovascular-thoracic surgery
4. Plastic surgery
5. Surgical intensive care unit
6. Neurosurgery
7. Orthopedic surgery

2. ความรู้ในสาขาศัลยศาสตร์อื่น หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์

ได้แก่

1. Anesthesiology
2. Radiology
3. Pathology

หัตถการจำเป็นในการสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำหนดเป้าหมายในการทำหัตถการของแพทย์ประจำบ้านแยกตามหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับหลักสูตรของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยมีการแบ่งระดับความสามารถในการทำหัตถการต่างๆ เป็น 2 ชั้นดังนี้

ระดับที่ 1 หัตถการที่แพทย์ประจำบ้าน**ต้อง**ทำได้ด้วยตนเอง

ระดับที่ 2 หัตถการที่แพทย์ประจำบ้าน**ควร**ทำได้ (ทำภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ)

หมายเหตุ ความสามารถในการทำหัตถการผ่าตัดที่ซับซ้อนขึ้นอยู่กับแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปี เป็นไปตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ดังแสดงไว้ใน **ผนวก 4**

ตารางที่ 2 แสดงหัตถการผ่าตัดที่แพทย์ประจำบ้านจะต้องทำได้ตามจำนวนตลอดหลักสูตร (Essential procedure)

รายการ	ชื่อหัตถการผ่าตัด	จำนวน (ราย/ตลอดหลักสูตร)
1.	Inguinal hernia operation	10
2.	Surgery of stomach (gastrectomy, simple suture, gastro-intestinal	5
3.	Mastectomy (partial/total), axillary surgery (ALND/SLN)	5
4.	Amputation of lower extremity (below/above knee)	3
5.	Ostomy procedures (gastrostomy, jejunostomy, PEG)	2
6.	Lower GI stoma (ileostomy, colostomy)	3
7.	Anal surgery (fistula/fissure)	3
8.	Laparoscopic cholecystectomy	5
9.	Hemorrhoidectomy	3
10.	Colectomy (partial/total)	3
11.	Thyroidectomy (partial/total), Parathyroidectomy	2
12.	Small bowel resection	2
13.	Open cholecystectomy	2
14.	Resection of rectum (anterior/low anterior/A-P resection)	1
15.	Liver surgery (lateral segmentectomy, wedge resection)	1
16.	Vascular surgery (vascular anastomosis)	1
17.	Vascular surgery (varicose vein)	1
18.	EGD	10
19.	Colonoscopy	5
20.	ERCP (เป็น index procedure กลุ่มที่ให้ assist)	5

ทั้งนี้ แพทย์ประจำบ้านจะต้องบันทึกการทำหัตถการลงในแบบบันทึกออนไลน์ในเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย (E-log book) และนำเสนอให้อาจารย์ประจำหน่วยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานประจำ rotation และเมื่อจบการฝึกอบรม 4 ปี แพทย์ประจำบ้านจะต้องมีจำนวนหัตถการที่เป็น Surgeon อย่างน้อย 100 หัตถการ และมีหัตถการที่เป็น Assistant อย่างน้อย 400 หัตถการ โดยมีจำนวนหัตถการจำเป็นอย่างน้อยที่ต้องทำให้ครบตามกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 2

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์จะได้เรียนรู้การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเป็นอย่างน้อยที่จะช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรคของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ อาทิ เช่น การตรวจทางรังสี การตรวจเลือด การตรวจทางพยาธิวิทยา ฯลฯ

การเรียนรู้ทางด้านบูรณาการ (ตามผนวก 5)

ประกอบด้วยองค์ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย จริยธรรมทางการแพทย์ การทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความรู้ความเข้าใจในระบบงานสาธารณสุขของประเทศ

เนื้อหาการเรียนรู้จะกระจายอยู่ใน 2 หลักสูตรอันได้แก่

1. หลักสูตรศัลยปฏิบัติที่ดี (Good surgical practice)
2. หลักสูตรพื้นฐานศัลยศาสตร์ (Fundamental surgery)

ซึ่งประกอบด้วยการบูรณาการความรู้ ในเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การตัดสินใจทางคลินิก
2. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล
3. ทักษะการสื่อสาร
4. จริยธรรมทางการแพทย์
5. การสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ
6. กฎหมายการแพทย์
7. หลักการบริหารจัดการ
8. ความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย
9. การดูแลสุขภาวะทั้งกายและใจของตนเอง
10. การแพทย์ทางเลือกที่เกี่ยวข้อง
11. ระเบียบวิจัยทางการแพทย์และเวชศาสตร์ระบาดวิทยาทางคลินิก
12. เวชศาสตร์อิงหลักฐานประจักษ์
13. พฤติกรรมและสังคมศาสตร์ในบริบทของสาขาวิชา

14. ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโลก (เช่น วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโลก
สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และอุปถัมภ์เป็นต้น)

งานวิจัย (ผนวก 6)

ตารางที่ 3 แสดงข้อกำหนดด้านความคืบหน้าของงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปี

ชั้นปี	ความคืบหน้าของงานวิจัย
1	ติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและริเริ่มหาหัวข้องานวิจัย เริ่มเขียน proposal
2	-นำเสนอ proposal ต่อที่ประชุม เพื่อรับคำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุง -เริ่มขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย -เริ่มดำเนินงานวิจัยหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
3	-เริ่มนำเสนอผลงานในภาควิชา - เริ่มนำเสนอผลงานในที่ประชุมวิชาการ (oral presentation)
4	-แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 ทุกคนต้องได้นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการ (oral presentation) และทำรายงานวิจัยฉบับเต็มนำเสนอแก่ราชวิทยาลัย และ/หรือ ตีพิมพ์งานวิจัยในวารสารทางการแพทย์

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีเกณฑ์กำหนดการทำวิจัยสำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาศัลยศาสตร์ อิงตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์ประจำบ้านต้องทำงานวิจัยได้แก่ งานวิจัยแบบ Retrospective study หรือ Prospective study หรือ Cross sectional study อย่างน้อย 1 เรื่อง โดยงานวิจัยดังกล่าวต้องทำให้เสร็จสิ้นภายใน 4 ปีของการฝึกอบรม

ทั้งนี้ ทางภาควิชาจะมีการติดตามความคืบหน้าของงานวิจัยทุกปี ดังแสดงในตารางที่ 3

หมายเหตุ สำหรับแพทย์ประจำบ้านที่ต้องการขอการรับรองวุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์ให้มีคุณสมบัติ “เทียบเท่าปริญญาเอก” มีแนวทางการปฏิบัติดังแสดงไว้ในผนวก 7

กิจกรรมวิชาการ (Academic activities)

ภาควิชาศัลยศาสตร์ ได้ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ โดยให้แพทย์ประจำบ้านได้ปฏิบัติงานจริงภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์แพทย์ ได้กำหนดกิจกรรมวิชาการสำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในทุกสาขา ประกอบด้วย

1. กิจกรรมวิชาการรวม ณ ห้องประชุม 1308 ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13

ตารางที่ 4 กิจกรรมวิชาการรวมของหลักสูตรศัลยศาสตร์ทั่วไป

ลำดับ	กิจกรรม	วัน	เวลา	สถานที่	รูปแบบกิจกรรม
1.1	Grand round (interesting cases)	ทุกวันพุธ	08.00-09.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case discussion
1.2	Morbidity and morbidity conference	ทุกวันพุธ ที่ 1 และ 3 ของ เดือน	14.30-16.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case presentation
1.3	Surgical-radiological conference	ทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน	13.00-14.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case discussion ร่วมกับ Radiologist
1.4	Surgical-pathological conference	ทุกวันพุธที่ 4 ของเดือน	14.00-15.30 น.	ห้องประชุม 1308 ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case discussion/lecture ร่วมกับ Pathologist
1.5	Ethics conference	ทุกวันพุธที่ 5 ของเดือน	15.00-16.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case discussion ร่วมกับ Critical care team
1.6	Collective review	ทุกวันพฤหัสบดี	8.00-9.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Collective review presentation
1.7	Topic review	ทุกวันศุกร์	14.30-16.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Lecture

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการรวม

1. Grand round

อาจารย์ผู้ควบคุม : ผศ.นพ.กฤษณ์ กิตติสิน

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

1. ด้าน Patient care ในการประชุมแกรนด์ราวด์ แพทย์ประจำบ้าน จะเลือกเคสคนไข้จากประสบการณ์จริงในการบรรยายถึงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ที่เข้ามาด้วยพยาธิสภาพต่างๆ การบรรยายจะให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีต่างๆ รวมถึงคณาจารย์ผู้เข้าร่วมประชุมมีบทบาทเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยนั้น
2. ด้าน Medical knowledge and skills เพื่อเป็นการประเมินความรู้ทางการแพทย์ ทั้งความรู้พื้นฐานและการนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยการสอบถามระหว่างการอภิปรายของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีต่างๆและคณาจารย์ผู้ร่วมประชุม
3. ด้าน practice-based learning and improvement เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์จริงและนำความรู้ต่อยอดจากการศึกษา ค้นคว้าเพิ่มเติมจากการ

ทบทวนบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต สามารถวิเคราะห์ วิจารณ์งานวิจัย และนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกรณีศึกษาได้อย่างเหมาะสม มีการนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ในหัวข้อที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาความรู้ให้ทันต่อความก้าวหน้าของการแพทย์ในปัจจุบัน

4. ด้าน Interpersonal and communication skills เพื่อประเมินวิธีการนำเสนอการเตรียมสื่อการสอน และการให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการฝึกการซักประวัติคนไข้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีส่วนต่อการวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้บรรยายได้เรียนรู้การสื่อสารและรับข้อเสนอแนะจากอาจารย์ผู้คุมการประชุม
5. ด้าน Professionalism เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้การบริหารจัดการเวลาในการนำเสนอแกรนด์ราวน์ และเรียนรู้การรับฟังข้อเสนอแนะจากคณาจารย์ผู้เข้าร่วมประชุม
6. ด้าน System-based practice ระหว่างการประชุมอภิปรายคณาจารย์ผู้เข้าร่วมประชุมจะแนะนำการรักษาดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่มีข้อจำกัดต่าง ๆ กัน เช่น หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษามหาวิทยาลัยขอนแก่น แพทย์จะต้องหาวิธีประยุกต์และแนะนำการรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสมกับข้อจำกัดต่าง ๆ นั้นได้

วิธีดำเนินการ

1. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 เลือกอาจารย์ที่ปรึกษาของแต่ละครั้งด้วยตนเองโดยตกลงกันภายในชั้นปี ทั้งนี้ แพทย์ประจำบ้านสามารถเลือกหัวข้อและอาจารย์ที่ปรึกษาที่ตนเองสนใจได้
2. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ที่รับผิดชอบ grand round ในครั้งนั้นๆ หาเคสที่น่าสนใจ โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้น เตรียมเนื้อหาการนำเสนอ ประวัติ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรังสีวิทยา รวมทั้งเนื้อหาวิชาการ และ review literature ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว
3. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ผู้นำเสนอเคส เป็นผู้ตั้งประเด็นคำถามให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีต่างๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรมถามคำถาม โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยเสริมประเด็นหรือถามคำถามเพิ่มเติม

2. Morbidity and Mortality conference

อาจารย์ผู้ควบคุม : รศ.นพ.บัณฑิต นทสูติ

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4

วัตถุประสงค์

1. ด้าน Patient care เพื่อการประเมินความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้าน ทั้งก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อน และการดูแลรักษาหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว โดยการสอบถามและประเมินผลโดยคณาจารย์ผู้เข้าร่วมประชุม

2. ด้าน Medical knowledge and skills เพื่อเป็นการประเมินความรู้ทางการแพทย์ ทั้งความรู้พื้นฐานและการนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยการสอบถามระหว่างการอภิปราย โดยคณาจารย์ผู้ร่วมประชุม
3. ด้าน practice-based learning and improvement แพทย์ประจำบ้านสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข โดยใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในการให้เหตุผลประกอบ แพทย์ประจำบ้านได้มีการค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษาและวิธีป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ โดยการนำเสนอ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ ระหว่างการอภิปราย อาจมีการต่อยอดโดยทำเป็นงานวิจัยต่อไปในอนาคต
4. ด้าน Interpersonal and communication skills เพื่อประเมินวิธีการนำเสนอการเตรียมสื่อการสอน
5. ด้าน professionalism เพื่อประเมินเจตคติต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแต่ละกรณี
6. ด้าน System-based practice เพื่อนำภาวะแทรกซ้อนแต่ละกรณีที่เกิดขึ้นมาพิจารณาว่า ภาวะที่ preventable/unpreventable เพื่อจะได้มีการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ อีก

วิธีดำเนินการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 ซึ่งเป็น chief แต่ละสายส่งข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิตลงในแบบบันทึกข้อมูลให้ chief Trauma เป็นผู้รวบรวม
2. Chief Trauma นำ Morbidity and Mortality cases ทั้งหมดส่งให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบ โครงการตรวจสอบ และคัดเลือกเคสที่มีประเด็นน่าสนใจเพื่อนำเสนอในที่ประชุม
3. Chief Trauma แจ้งแก่หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านสายอื่นๆ ให้เตรียมนำเสนอเคสที่ได้รับการเลือก
4. Chief แต่ละสายนำเสนอข้อมูลในที่ประชุม โดยต้องมีการทบทวนประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพรังสี ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ และนำเสนอวิธีแก้ไข และป้องกัน ทั้งนี้ ควรนำเสนออย่างเป็นลำดับขั้น มีภาพรังสี หรือภาพการผ่าตัดหรือชิ้นเนื้อประกอบ เพื่อความเข้าใจง่าย และควรศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมานำเสนอในที่ประชุม

3. Surgical-Pathology conference

อาจารย์ผู้ควบคุม : รศ.นพ.พงศ์รัตน์ ศิริจินดากุล

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้เนื้อหาทางพยาธิวิทยาที่จำเป็นสำหรับการเป็นศัลยแพทย์ ทั้ง Gross pathology และ histopathology เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างอาการทางคลินิก ภาพ

การวินิจฉัยทางรังสี กับพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อและตัวโรคจริง รวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับการย้อมพิเศษที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคต่างๆ ตลอดจน Biomarker สำคัญที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคและการให้การรักษาเพิ่มเติม (adjuvant treatment)

วิธีดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 ติดต่ออาจารย์พยาธิวิทยาเพื่อหาเคสที่น่าสนใจและภาพถ่าย gross pathology และ histology และเตรียมมานำเสนอในที่ประชุม

4. Surgical-Radiology conference

อาจารย์ผู้ควบคุม : รศ.นพ.พงศ์รัตน์ ศิริจินดากุล, อ.พญ. ญัฐพร ตันเผ่าพงศ์

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้เนื้อหาทางรังสีวินิจฉัยที่จำเป็นสำหรับการเป็นสัลยแพทย์ เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างอาการทางคลินิกและภาพการวินิจฉัยทางรังสี และสามารถอ่านและแปลผลภาพทางรังสีวิทยาที่จำเป็นทางศัลยศาสตร์ในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การวินิจฉัยและการให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ติดต่ออาจารย์รังสีวิทยาเพื่อหาเคสที่น่าสนใจ และเตรียมมานำเสนอในที่ประชุม โดยมีรังสีแพทย์และอาจารย์รังสีแพทย์คอยให้คำปรึกษาและให้ความรู้เพิ่มเติม

5. Ethics conference

อาจารย์ผู้ควบคุม : รศ.นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว, รศ.พญ.กษยา ตันติผลาชีวะ

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4

วัตถุประสงค์

1. แพทย์ประจำบ้านตระหนักถึงความสำคัญของจริยธรรมทางการแพทย์และแง่มุมทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. แพทย์ประจำบ้านสามารถวิเคราะห์ เพื่อแก้ไขปัญหา ตั้งคำถาม ให้เหตุผล และโต้แย้งโดยใช้หลักการทางเวชจริยศาสตร์ได้
3. แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้จากผู้ป่วยจริงและสามารถนำหลักทางเวชจริยศาสตร์ ไปใช้กับผู้ป่วยและครอบครัว ที่อยู่ในความดูแลได้
4. แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้การสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพ โดยมีความเมตตา เคารพการตัดสินใจและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย
5. เป็นผู้นำและที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาโรคทางกายและสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยและญาติ

6. เรียนรู้การบริหารโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม คำนึงถึงประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมและโรงพยาบาล
7. เรียนรู้ประเด็นด้านการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เข้ากับบริบททางการบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
8. มีความรู้และมีส่วนร่วมในระบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

วิธีดำเนินการ

1. แพทย์ประจำบ้านวิสัญญีและแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ติดต่อกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบ conference เพื่อคัดเลือกกรณีศึกษาที่มีประเด็นทางด้านจริยธรรมทางการแพทย์
2. แพทย์ประจำบ้านนำเสนอกรณีศึกษาต่อที่ประชุม
3. แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์, แพทย์ประจำบ้านวิสัญญี (critical care team) และอาจารย์ร่วมกันวิเคราะห์ถึงประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นได้และร่วมกันหาวิธีแก้ไขและป้องกันหรือทางออกที่เหมาะสม
4. อาจารย์ผู้รับผิดชอบสรุปประเด็นทางจริยธรรม และการนำไปใช้

6. Collective review

อาจารย์ผู้ควบคุม : ศ.นพ.ศุภฤกษ์ ปรีชายุทธ

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-2

วัตถุประสงค์

1. Patient Care and Medical knowledge เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านมีความรู้ในหัวข้อที่นำเสนอ และสามารถนำความไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้
2. Practice based learning & improvement เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านสามารถวิเคราะห์วิจารณ์งานวิจัย และสรุปเนื้อหาสำคัญโดยอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้การทำเอกสารทางวิชาการ การทำ presentation และ การนำเสนอ Topic แก่ผู้ฟัง
3. Interpersonal & communication skills เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้การติดต่อสื่อสารและรับข้อเสนอแนะจากอาจารย์ผู้ควบคุม
4. Professionalism เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้การบริหารจัดการเวลาในการทำ collective review และความรับผิดชอบที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จ
5. System based practice เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้การทำงานในด้านต่างๆ (การค้นคว้า การเขียนเอกสาร การเตรียม presentation การนำเสนอ การแก้ปัญหาต่างๆ และการเตรียมตอบข้อสงสัยต่างๆ หลังการนำเสนอ)

วิธีดำเนินการ

1. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 อาจารย์ผู้ควบคุมรายวิชาจะจัดสรรอาจารย์ที่ปรึกษาให้ และให้แพทย์ประจำบ้านปรึกษาอาจารย์เพื่อเลือกหัวข้อที่สนใจ ส่วนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

สามารถเลือกหัวข้อที่ตนเองสนใจและอาจารย์ที่ปรึกษาได้ ทั้งนี้ หัวข้อที่เลือก ควรมีความทันสมัย มีหลักฐานงานวิจัยใหม่เพิ่มเติมในหรือมีความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

2. แพทย์ประจำบ้าน ทำการค้นคว้าข้อมูล โดยงานวิจัยที่นำมาอ้างอิงนั้น ส่วนใหญ่ควรเป็นงานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา หรือเป็นงานวิจัยสำคัญในอดีต (landmark paper) เขียนเอกสารประกอบ และทำ presentation โดยมีอาจารย์คอยให้คำปรึกษาแพทย์ประจำบ้านนำเสนอ Collective review ในวันที่กำหนด
3. เนื้อหาความรู้ควรมีหลายระดับ ทั้งพื้นฐานทั่วไปสำหรับนิสิตแพทย์ ความรู้สำหรับแพทย์ประจำบ้านทั่วไป และความรู้เฉพาะระดับผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ
4. การประเมินผล
 - a. การเตรียมตัว 10 คะแนน
 - b. เอกสารประกอบการบรรยาย 50 คะแนน
 - c. การนำเสนอ และการตอบคำถาม 40 คะแนน
 - d. เกณฑ์ผ่าน 60 คะแนน
 - e. ผู้ประเมินผล ได้แก่ อาจารย์ผู้ควบคุมกิจกรรม collective review (ศ. นพ. ศุภฤกษ์ ปรียายุทธ) และอาจารย์ผู้ควบคุม Topic นั้น
5. กรณีที่แพทย์ประจำบ้านไม่ผ่านการประเมิน จะได้รับโอกาสให้นำเสนอใหม่อีก 1 ครั้ง

7. Topic review

อาจารย์ผู้ควบคุม : อ.พญ.ฐิติพร ขอบอาภรณ์

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ทางศาสตร์ที่ทันยุคสมัย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ในหัวข้อที่สำคัญที่ผู้เรียนสนใจและกำหนดเอง
2. เพื่อให้ผู้เรียนทราบแนวทางการประยุกต์นำความรู้ทางศาสตร์มาใช้กับผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

1. แพทย์ประจำบ้านกำหนดหัวข้อ topic review ที่ตนสนใจและเลือกอาจารย์ที่จะบรรยายหัวข้อดังกล่าว ส่งเป็นตารางให้เลขาของภาควิชา
2. เลขาของภาควิชาจะติดต่อนัดเวลาและแจ้งหัวข้อ topic ตามตารางให้อาจารย์ทราบ ซึ่งสถานที่และเวลาในการสอนอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมและความสะดวก
3. ผู้เรียนรับฟังการบรรยายจากอาจารย์และสอบถามข้อสงสัย

8. Research and statistic follow up

อาจารย์ผู้ควบคุม : ศ.นพ.สุเทพ อุดมแสงทรัพย์

แพทย์ประจำบ้านที่รับเข้าร่วม : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้เรื่องการทำวิจัยและการใช้สถิติในงานวิจัย
2. เพื่อส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านสามารถผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ สามารถตีพิมพ์ หรือนำเสนอในระดับนานาชาติได้

วิธีดำเนินการ

1. วิทยาการรับเชิญบรรยายเนื้อหาการวิจัย และการใช้สถิติ
2. การนำเสนอ proposal ของแพทย์ประจำบ้านให้อาจารย์พิจารณา และให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขปรับปรุง
3. ติดตามการทำงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน
4. การนำเสนอผลงานวิจัยหลังทำแล้วเสร็จ ก่อนนำเสนอภายนอกสถาบัน
5. ให้คำแนะนำ และช่วยเหลือด้านระเบียบวิธีการวิจัยและสถิติ

2. กิจกรรมวิชาการตามหน่วย

ตารางที่ 5 กิจกรรมวิชาการตามหน่วยของหลักสูตร ศัลยศาสตร์ทั่วไป

หน่วย	กิจกรรม	วัน	เวลา	สถานที่	รูปแบบกิจกรรม
G 1	Journal club (HBP)	ทุกวันพุธ	10.00-11.00 น.	ห้องประชุม 1305 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Journal Appraisal
	Preoperative round and new case admission	ทุกวันพุธ	11.00 -12.00 น.	ห้องประชุม 1305 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case discussion and Imaging review
	Liver conference	ทุกวันพุธ ที่ 3 ของเดือน	12.00-14.00 น.	ห้องประชุม 1305 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Inter-department conference ร่วมกับ Radiologist, Oncologist
	Preoperative round	ทุกวันศุกร์	8.30-10.00 น.	ห้องประชุม 1305 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case discussion and Imaging review
G 2	Vascular conference	ทุกวันอังคาร	13.00-15.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Journal Appraisal Topic review Case discussion

	Breast conference	ทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน	12.00-13.00 น.	ห้องประชุม ตึกวอรวาริ ชั้น 4	Inter-department conference ร่วมกับ Radiologist, Oncologist, Pathologist
G3	Journal club (UGI)	ทุกวันพุธ	12.00-13.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Journal Appraisal
	Tumor conference	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน	12.00-13.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Inter-department conference ร่วมกับ Radiologist, Oncologist Intervention radiologist
G4	Pathology conference	ทุกวันจันทร์	10.00-12.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case review
	Breast conference	ทุกวันจันทร์	13.00-15.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Case discussion interdepartment conference ร่วมกับ pathologist, Oncologist, radiologist
	Topic review/Journal club	ทุกวันศุกร์	13.00-14.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Topic review/Journal appraisal
Trauma	Trauma tele-conference	ทุกวันจันทร์	19.00-21.00 น.	ห้อง tele-conference ตึก อปร.ชั้น 8	Case discussion ร่วมกับ Trauma surgeon จาก หลายประเทศ
	Vascular conference	ทุกวันอังคาร	13.00-15.00 น.	ห้องประชุม 1308 ตึก รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13	Journal appraisal Topic review Case discussion
	Journal club	ทุกวันศุกร์	10.00-11.00 น.	ห้อง tele-conference ตึก อปร.ชั้น 8	Journal Appraisal
Colo	Journal club (Colo)	ทุกวันจันทร์	8.00-9.00 น.	ห้องประชุมหน่วย colo ตึกจกกลนี้ฯ ชั้น 1	Journal Appraisal
	Topic review	ทุกวันอังคาร	8.00-9.00 น.	ห้องประชุมหน่วย colo ตึกจกกลนี้ฯ ชั้น 1	Topic review โดยแพทย์ ประจำบ้านและแพทย์ ประจำบ้านต่อยอด
	Q & A	ทุกวันอังคาร	14.00-16.00 น.	ห้องประชุมหน่วย colo ตึกจกกลนี้ฯ ชั้น 1	Case discussion Question & Answer

3. กิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้ใจได้ (Entrustable Professional Activities; EPA) (ผนวก 8) (ตารางที่ 6)

กิจกรรมวิชาชีพที่สำคัญของสาขาศัลยศาสตร์ประกอบด้วย 4 EPA ได้แก่

EPA1. การดูแลผู้ป่วยนอก (Out patient) ที่มีโรคทางศัลยกรรม

EPA2. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยทางศัลยกรรม (Common surgical problem)

EPA3. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม (Emergency/ Acute surgical care)

EPA4. การดูแลรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma)

ขั้นขีดความสามารถ (Level of entrustment)โดยจำแนกผลการเรียนรู้ EPA แต่ละอย่างเป็น

5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด

ขั้นที่ 2 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์

ขั้นที่ 3 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

ขั้นที่ 4 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล

ขั้นที่ 5 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีประสบการณ์น้อยกว่าได้

ตารางที่ 6 Entrustable Professional Activities

EPA	DOC								Expected level of entrustment				
	PC	MK	PS	IPCS	PBLI	PF	CME&PD	SBP	1	2	3	4	5
Outpatient	/	/	/	/	/	/		/	มีความรู้ขั้นพื้นฐานแต่ยังต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	มีความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน้อยกว่าได้
Common surgical disease	/	/	/	/	/	/		/	มีความรู้ขั้นพื้นฐานแต่ยังต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	มีความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน้อยกว่าได้
Acute surgical care	/	/	/	/	/	/		/	มีความรู้ขั้นพื้นฐานแต่ยังต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	มีความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน้อยกว่าได้
Trauma	/	/	/	/	/	/		/	มีความรู้ขั้นพื้นฐานแต่ยังต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	มีความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน้อยกว่าได้
EPA milestone										ระดับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	ระดับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	ระดับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	ระดับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4

4. กิจกรรมวิชาการเสริมอื่นๆ

- 1) Basic surgical skill สำหรับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1
- 2) Non-technical skill workshop สำหรับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1
- 3) Endoscope workshop เพื่อฝึกการทำ gastroscope และ colonoscope สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2
- 4) Minimally invasive surgery workshop สำหรับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3
- 5) Bloody Trauma Day สำหรับแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี

การวัดและประเมินผล

1. การวัดและประเมินผลระหว่างการฝึกอบรมและการเลื่อนชั้นปี

การวัดและการประเมินผลระหว่างการฝึกอบรมแบ่งเป็นสองส่วนคือ การประเมินภาคทฤษฎี และการประเมินด้านปฏิบัติ

1.1 การประเมินภาคทฤษฎี

คณะกรรมการฯ ภาควิชาศัลยศาสตร์ มีการจัดสอบภาคทฤษฎีให้กับแพทย์ประจำบ้าน เพื่อเป็นการพัฒนาและทบทวนผลการเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้าน และเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับแพทย์ประจำบ้านที่กำลังจะเข้าสอบประเมินความรู้ความชำนาญเพื่อวุฒิบัตรฯ โดยมีจัดสอบภาคทฤษฎีประมาณเดือนเมษายน-พฤษภาคมของทุกปี การแบ่งการสอบเป็น 3 ส่วนคือ

1.1 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ต้องเข้าสอบเพื่อประเมินผลวิทยาศาสตร์พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ที่จัดสอบโดยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-4 ต้องเข้าสอบเพื่อประเมินผลศัลยศาสตร์ทางคลินิก (In-training examination) โดยกำหนดให้มีการสอบข้อเขียนจำนวน 150 ข้อ โดยข้อสอบได้จากคณาจารย์ และแพทย์ประจำบ้านต้องสอบให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน และสามารถสอบแก้ตัวได้ 1 ครั้ง

1.3 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2, 3 ต้องเข้าสอบ MEQ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการสอบ MEQ จากทางราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

1.4 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 ทดลองสอบปากเปล่าเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการสอบปากเปล่าโดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

1.2 การประเมินภาคปฏิบัติ

2.1 การประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละเดือน แพทย์ประจำบ้านจะได้รับการประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละเดือนโดยอาจารย์ที่ปรึกษาในแต่ละ rotation (ตัวอย่างใบประเมินใน

ผนวก 9 และแพทย์ประจำบ้านจะต้องทำการประเมินการสอนของอาจารย์ประจำหน่วยนั้นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนต่อไป

2.2 Electronic Log Book เพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาการเรียนภาคปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้าน โดยแพทย์ประจำบ้านจะต้องบันทึกรายการผ่าตัดและช่วยผ่าตัด ลงในบันทึกการผ่าตัดผ่านทาง website ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์ประจำบ้านจะต้องนำส่ง Log book พร้อมกับใบประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละเดือน

2.3 การประเมินโดยพยาบาล แพทย์ประจำบ้านจะได้รับการประเมินพฤติกรรมและเจตคติในการปฏิบัติงาน โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ตนเองปฏิบัติงานอยู่

2.4 การประเมินสมรรถนะตามขั้นปี (Key operation) สถาบันฝึกอบรมได้กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านต้องมีความสามารถทำผ่าตัดได้เอง โดยผ่านการประเมินด้วย PBA อย่างน้อย 4 หัตถการตามที่กำหนดในแต่ละขั้นปี โดยแพทย์ประจำบ้านแต่ละขั้นปีสามารถเลือกหัตถการที่ประเมินได้ด้วยตนเอง แพทย์ประจำบ้านสามารถเลือกประเมินหัตถการที่โรงพยาบาลร่วมฝึกได้ แต่ต้องมีอย่างน้อย 1 หัตถการที่ได้รับการประเมินในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (ตารางที่ 7)

2.5 การประเมินกิจกรรมวิชาการประจำปี โดยแพทย์ประจำบ้านแต่ละคนจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบกิจกรรมวิชาการ 1 หัวข้อในแต่ละปี ซึ่งแพทย์ประจำบ้านจะต้องดำเนินกิจกรรมนั้นและได้รับการประเมินจากคณาจารย์ผู้ควบคุมกิจกรรม

2.6 การประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการส่วนกลาง แพทย์ประจำบ้านต้องเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการของภาควิชา ไม่น้อยกว่า 80% ของจำนวนครั้งทั้งหมดในแต่ละปี

2.7 การรายงานผลความก้าวหน้าในงานวิจัย โดยจะมีการติดตามอย่างน้อยทุก 6 เดือน

ตารางที่ 7 ชนิดการผ่าตัดเพื่อใช้ในการประเมินในแต่ละชั้นปี

Operation	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4
1) Appendectomy	✓			
2) Debridement	✓			
3) Excision soft tissue mass	✓			
4) FAST	✓			
5) Ray amputation	✓			
6) Fasciotomy	✓			
1) Inguinal hernia		✓		
2) Gastroscope		✓		
3) Peptic ulcer perforation		✓		
4) Colonoscope		✓		
5) Major extremities amputation		✓		
1) Open cholecystectomy			✓	
2) Mastectomy and axillary lymph node staging			✓	
3) Intestinal anastomosis			✓	
4) feeding ostomy			✓	
5) Thyroid lobectomy			✓	
1) Liver Resection				✓
2) Embolectomy or Vascular Repair/ anastomosis				✓
3) Gastrectomy				✓
4) Laparoscopic cholecystectomy				✓
5) Colectomy				✓

เกณฑ์การผ่านการประเมินในแต่ละหัวข้อ แสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงหัวข้อการประเมินในแต่ละชั้นปีและเกณฑ์การผ่าน

ลำดับ	หัวข้อ	เกณฑ์ผ่าน	หมายเหตุ
ภาคทฤษฎี			
1.	การสอบ In-training : MCQ และ OSCE	ได้คะแนนในแต่ละส่วนมากกว่า 50%	สามารถสอบแก้ตัวได้ 1 ครั้ง ถ้ายังไม่ผ่านจะได้ 1U, หาก ขาดสอบจะได้รับการ ประเมินเป็น U
ภาคปฏิบัติ			

1.	การประเมินสมรรถนะ PBA หรือ DOPS	แบบประเมิน PBA หรือ DOPS แยกหัตถการตามแต่ละชั้นปี โดยต้องได้รับประเมินว่าผ่าน (S) อย่างน้อย 4 ใน 6 หัตถการต่อชั้นปี)	ต้องได้รับการประเมินอย่างน้อย 4 หัวข้อต่อปี และอย่างน้อย 1 หัวข้อต้องได้รับการประเมินในรพ.จุฬาฯ จึงจะผ่านชั้นปีได้
2.	การรายงานประสบการณ์เรียนรู้จากผู้ป่วย (E-Log book)	รายงานการบันทึก Portfolio หรือ E-log book ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ตาม Rotation	ไม่ส่งบันทึก log book ภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ 1 U
3.	การนำเสนอ Collective review ในชั้นปีที่ 1 และ 2 ปีละ 1 เรื่อง (ทำเอกสารประกอบ, slide และนำเสนอให้เสร็จสมบูรณ์ตามตารางที่กำหนด)	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้นจะได้รับการประเมินเป็น 1U	สามารถสอบแก้ตัวได้ 1 ครั้ง หากผ่านการประเมิน ถือว่าผ่านเกณฑ์การเลื่อนชั้นปี แต่ได้ U คงเดิม ถ้าไม่ผ่านจะได้รับการประเมินเป็น F และไม่ผ่านชั้นปี
4.	การนำเสนอ Grand Round ในชั้นปีที่ 3 อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้นจะได้รับการประเมินเป็น 1U	หากได้ประเมินเป็น 2U = 1 F และไม่ผ่านชั้นปี
5.	การนำเสนอ Morbidity and Mortality Conference ในชั้นปีที่ 4	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้นจะได้รับการประเมินเป็น 1U	
6.	การร่วมกิจกรรมประชุมวิชาการทางศัลยกรรม (Collective review, Morbidity and mortality conference, Grand round)	มีการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของทั้งหมดในแต่ละปีการศึกษา	เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรมน้อยกว่า 80% ได้ 1 U
7.	การประเมินการปฏิบัติงานโดยรวมโดยอาจารย์ประจำ rotation	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้นจะได้รับการประเมินเป็น 1U	-
8.	การประเมินสมรรถนะด้านจริยธรรม ความเป็นมืออาชีพ การมีทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารโดยพยาบาล	ผลการประเมินจะใช้เพื่อการพิจารณาให้การประเมินการปฏิบัติงานโดยอาจารย์ และเพื่อการแก้ไขปรับปรุง หรือพัฒนาการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน	-
9.	การรายงานความก้าวหน้างานวิจัย	ต้องมีการรายงานความก้าวหน้างานวิจัยในระยะเวลาที่กำหนด	ไม่รายงานความก้าวหน้างานวิจัยในระยะเวลาที่กำหนด ได้ 1 U

ทั้งนี้ระดับคะแนนจากการประเมิน

1. ระดับคะแนนของผลการประเมินต่างๆ

91 - 100	ดีมาก
81 - 90	ดี
61 - 80	ปานกลาง
51 - 60	ควรปรับปรุง (U : Unsatisfied)
≤ 50	ไม่ผ่านเกณฑ์ (F : Failed)

2. ผลการประเมินของแพทย์ประจำบ้านจากการประเมินแบบต่างๆจะนำมาคิดเป็นเกณฑ์ผ่าน/ไม่ผ่านดังนี้

S	=	Satisfactory ผ่านเกณฑ์
U	=	Unsatisfactory ควรปรับปรุง
F	=	Failed ไม่ผ่านเกณฑ์
2U	=	1F

เกณฑ์การประเมินเพื่อผ่านชั้นปี

แพทย์ประจำบ้านทุกคนต้องได้รับการประเมินใน 5 หัวข้อในตารางที่ 9 ครบทุกหัวข้อ และได้ผลการประเมินเป็น S หรือ U ที่ได้รับการซ่อมแล้วในกรณีของกิจกรรมวิชาการ จึงจะสามารถผ่านชั้นปีต่อไปได้

ตารางที่ 9 แสดงหัวข้อการประเมินภาคปฏิบัติที่ต้องประเมินในแต่ละชั้นปี

หัวข้อ	ชั้นปีการศึกษาที่ประเมิน			
	1	2	3	4
1. การประเมินสมรรถนะ PBA	✓	✓	✓	✓
2. การรายงานประสบการณ์เรียนรู้จาก Portfolio หรือ E-log book/การเสนอรายงานวิชาการ	✓	✓	✓	✓
3. กิจกรรมประชุมวิชาการทางศัลยกรรม (การเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการของภาควิชา และการประเมินการนำเสนอกิจกรรมวิชาการตามแต่ละชั้นปี)	✓	✓	✓	✓
4. การประเมินสมรรถนะด้านจริยธรรม ความเป็นมืออาชีพ การมีทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสาร โดยอาจารย์และผู้ร่วมงาน	✓	✓	✓	✓
5. การรายงานความก้าวหน้างานวิจัย	✓	✓	✓	✓
เกณฑ์การเลื่อนชั้นปี	ผ่าน 5/5	ผ่าน 5/5	ผ่าน 5/5	-
เกณฑ์การส่งสอบวุฒิปัต	-	-	-	ผ่าน 5/5

เงื่อนไขเพิ่มเติมจากเกณฑ์การผ่านชั้นปี

1. แพทย์ประจำบ้านทุกคนต้องได้รับการประเมินผ่านครบทุกหัวข้อข้างต้น จึงจะสามารถเลื่อนขึ้นชั้นปีถัดไปได้ โดยผลการประเมินดังกล่าวจะสะสมไว้ตลอดระยะเวลาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ชั้นปี 1-4 และมีข้อบังคับเพิ่มเติมดังนี้

2 F = เลื่อนการส่งสอบปากเปล่าตามกำหนดอย่างน้อย 6 เดือน

3 F = ทางสถาบันฯจะไม่ส่งสอบเพื่อวุฒิบัตร

2. แพทย์ประจำบ้านจะไม่ได้เลื่อนชั้นปี และต้องวน rotation ในชั้นปีเดิมในกรณีดังต่อไปนี้

1) ได้รับการประเมินไม่ครบทุกหัวข้อข้างต้น

2) มีผลการประเมินเป็น 3 U หรือเทียบเท่า ในปีการศึกษานั้น

3) ได้รับการประเมินเป็น F ในหัวข้อกิจกรรมวิชาการ collective review ในชั้นปีที่ 1 และ 2 หรือ grand round ในชั้นปีที่ 3

4) ได้รับการประเมิน PBA ไม่ถึง 4 หัวข้อในปีการศึกษานั้น

3. แพทย์ประจำบ้านที่ไม่ได้เลื่อนชั้นปีจะต้องปฏิบัติงานในชั้นปีเดิมตาม Rotation ของสัลยกรรมทั่วไป และหรือ Rotation ที่ไม่ผ่านการประเมิน ในกรณีแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 ได้รับการประเมินไม่ผ่านชั้นปีให้ปฏิบัติงานเฉพาะ Rotation ที่ไม่ผ่านการประเมิน และเลื่อนการส่งสอบปากเปล่าไปจนกว่าจะได้รับการประเมินผ่านชั้นปีตามเกณฑ์

4. ในกรณีทำผิดร้ายแรงหรือพฤติกรรมไม่เหมาะสม สามารถนำเข้าพิจารณาตัดสินโดยคณะกรรมการฯ ซึ่งจะแจ้งผลการพิจารณาให้ที่ประชุมของภาควิชาศัลยศาสตร์รับทราบ โดยผลการพิจารณาสามารถไม่ส่งสอบหรือให้ออกจากฝึกอบรมได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องอิงเกณฑ์ให้คะแนนเบื้องต้น หรือไม่จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนการคัดเตือน หรือภาคทัณฑ์

5. การตัดสินในนี้ให้ถือคำตัดสินของคณะกรรมการเป็นที่สิ้นสุด

6. มีการแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานให้แพทย์ประจำบ้านทุกปี โดยยื่นจดหมายถึงแต่ละคน ถ้าไม่มีอุทธรณ์ถือว่าแพทย์ประจำบ้านยอมรับผลการประเมิน

2. การวัดและประเมินผลเพื่อวุฒิบัตรฯ

การสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ

(1) คุณสมบัติผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ

ผู้มีสิทธิ์สอบวุฒิบัตรฯต้องผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตรที่คณะกรรมการฝึกอบรม

กำหนด ทั้งนี้ระยะเวลาของการฝึกอบรมต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของระยะเวลาตามหลักสูตรเป็นไปตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยและสถาบันฝึกอบรมฯพิจารณาแล้วเห็นสมควรให้เข้าสอบได้ (เป็นไปตามเกณฑ์ของคณะกรรมการฝึกอบรมที่กำหนดไว้)

(2) เอกสารที่ต้องใช้ประกอบการสอบวุฒิบัตรฯ เป็นไปตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองประสบการณ์ภาคปฏิบัติจากสถาบันฝึกอบรมตามที่กำหนด
2. ผลงานวิจัย 1 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์อันเป็นที่ยอมรับของอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบสาขาศัลยศาสตร์ หรือสำเนานิพนธ์ต้นฉบับ หรือ รายงานฉบับสมบูรณ์ตามรูปแบบที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยฯ และได้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษในที่ประชุมวิชาการ ได้แก่ การประชุมนานาชาติ การประชุมของสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย การประชุมของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และหรือการประชุมอื่นๆซึ่งอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ เห็นชอบและรับรองและใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. เอกสารรับรองการปฏิบัติงานตามแฟ้มสะสมผลงาน
4. Log book แสดงผลจำนวนการผ่าตัดตลอด 4 ปี
5. Certificate of Basic Surgical Research & Methodology
6. Certificate of Basic Science in Surgery
7. Certificate of Advanced Trauma Life Support (ATLS)
8. Certificate of Good surgical practice ที่จัดโดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
9. เอกสารรับรองผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการแพทย์ทางเลือก(Thai health care system)
10. เอกสารผ่านการประเมิน PBA หรือ DOPS หัตถการตามกำหนดในแต่ละชั้นปี 1-4

(3) วิธีการประเมิน ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ก. การสอบข้อเขียน ต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ส่วน คือ

1. ปรนัย (Multiple choice question; MCQ)
2. อัตนัย (เช่น Modified essay question; MEQ, Essay, Short answer question; SAQ)

ข. ประเมินภาคปฏิบัติประกอบด้วยผลการปฏิบัติงานจากสถาบันฝึกอบรมเช่นแฟ้มสะสมผลงาน E - logbook โดยต้องมีบันทึกเป็นผู้ทำผ่าตัดด้วยตนเอง อย่างน้อย 100 ราย และเป็นผู้ช่วยผ่าตัด อย่างน้อย 400 ราย รวมทั้งมีจำนวนหัตถการจำเป็นตามที่ราชวิทยาลัยฯ กำหนด

ค. การสอบปากเปล่า

ง. การประเมินผลงานวิจัย

การสอบข้อเขียน (เป็นไปตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย) แบ่งความรู้ที่ต้องสอบเป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ความรู้ทางศัลยศาสตร์คลินิก (Clinical Surgery) เป็นข้อสอบแบบ MCQ หรืออื่นๆ
2. ความรู้ทางพยาธิศัลยศาสตร์ (Surgical Pathology)
3. ความรู้ทางการสืบค้น (Investigations) เช่น X-ray, Ultrasonography, CT, MRI

ผู้เข้ารับการประเมินโดยการสอบข้อเขียนต้องเป็นแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับการฝึกอบรมครบ 3 ปีเป็นต้นไป โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯจะจัดให้มีการสอบข้อเขียนปีละ 1 ครั้งหรือมากกว่าตามความเหมาะสมและให้เสร็จสิ้นภายในเดือนมิถุนายนของปี

ถ้าผู้เข้ารับการประเมินสอบไม่ผ่านข้อเขียนส่วนใดก็สามารถสอบแก้ตัวเฉพาะส่วนนั้น โดยให้ถือว่าแต่ละส่วนเป็นอิสระต่อกัน และเมื่อสอบข้อเขียนส่วนใดผ่านแล้วให้ส่วนนั้นมีอายุ 4 ปี ผู้เข้ารับการประเมินต้องสอบผ่านครบทั้ง 3 ส่วน ก่อนส่วนที่สอบผ่านแล้วจะหมดอายุ จึงมีสิทธิเข้าสอบปากเปล่า (ข้อเขียนส่วนที่สอบผ่านแล้วเกิน 4 ปี ต้องสอบใหม่)

การสอบปากเปล่า

ผู้เข้ารับการประเมินโดยการสอบปากเปล่านั้นจะต้องจบการฝึกอบรมตามหลักสูตร และสอบผ่านข้อเขียนครบทั้ง 3 ส่วน ผู้เข้ารับการประเมินสามารถใช้สิทธิในการสอบปากเปล่าเป็นเวลา 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ที่มีคุณสมบัติครบในการสอบปากเปล่าถ้าสอบปากเปล่าไม่ผ่านภายในเวลา 2 ปี ต้องเริ่มต้นสอบข้อเขียนใหม่ทุกส่วน

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯจะจัดให้มีการสอบปากเปล่าปีละ 2 ครั้ง โดยสอบปกติในเดือนมิถุนายน 1 ครั้งและสอบแก้ตัวในเดือนมกราคม 1 ครั้ง

การอุทธรณ์ผลการประเมิน

แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิอุทธรณ์ผลการประเมินโดยทำเป็นหนังสือยื่นต่อประธานคณะกรรมการฝึกอบรมการศึกษาหลังปริญญาภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับทราบผลการประเมิน เมื่อได้รับอุทธรณ์แล้ว ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมจะนำเสนอให้คณะกรรมการฝึกอบรมพิจารณาภายใน 30 วันหลังการอุทธรณ์

การโอนย้ายผลการประเมิน

กรณีแพทย์ประจำบ้านขอโอนย้ายการปฏิบัติงานไปศึกษาต่อ ณ สถาบันอื่น ทางสถาบันจะทำหนังสือผ่านคณบดี ไปยัง ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และส่งผลการประเมินเพื่อให้ได้ไปใช้ในสถาบันที่โอนย้ายต่อไปได้ การโอนย้ายจะทำได้ในกรณีที่ผู้ได้รับการฝึกอบรมทำหนังสือแจ้งความจำนงค์ในการโอน ย้าย พร้อมเหตุผลผลการโอนย้าย และสถาบันฝึกอบรมปลายทางนั้นยินดีรับไปฝึกอบรมต่อ เพื่อเสนอเข้าคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ (การโอนย้ายขึ้นอยู่กับดุลพินิจของคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย)

บทบาทของแพทย์ประจำบ้านในการบริหารจัดการหลักสูตร

แพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปีจะมีตัวแทนของชั้นปี (หัวหน้าชั้นปี) เข้าร่วมในคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ซึ่งมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 ถือเป็นหัวหน้าของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลความเรียบร้อยโดยทั่วไปทั้งเรื่องการเรียน พฤติกรรม และปัญหาอื่นๆของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด
2. ทำหน้าที่เป็นตัวแทนแพทย์ประจำบ้านในภาควิชาฯ เพื่อติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการฝึกอบรม เพื่อให้การปฏิบัติงานและการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านทุกคนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการฝึกอบรม และมีส่วนร่วมในการกำหนดและวางแผนการดำเนินการหลักสูตร รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำกับดูแล และประเมินการฝึกอบรม
4. เป็นตัวแทนในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรฯ ให้แพทย์ประจำบ้านร่วมชั้นปีทราบ รวมทั้งผลการประเมินหลักสูตร และเป็นที่ปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านร่วมชั้นปีเกี่ยวกับหลักสูตรฯ
5. เป็นตัวแทนของคณะกรรมการฝึกอบรมเพื่อรับฟังปัญหา และข้อควรปรับปรุงแก้ไขจากแพทย์ประจำบ้านอื่นๆ และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการฝึกอบรม
6. มีหน้าที่ในการรับปรึกษาให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งของแพทย์ประจำบ้านตามที่เหมาะสมควร
7. ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านมีปัญหาเกี่ยวกับการฝึกอบรมและต้องการความช่วยเหลือ ตัวแทนแพทย์ประจำบ้านในชั้นปีเดียวกันจะร่วมมือกับอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ประจำ rotation ในการวิเคราะห์สาเหตุ หาทางแก้ไข และติดตามความคืบหน้าหลังการแก้ไขปัญหาแล้ว
8. เป็นตัวแทนแพทย์ประจำบ้านของภาควิชาฯ ในการเข้าร่วมประชุมกับแพทย์ประจำบ้านภาควิชาอื่นๆ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ

อาจารย์ที่ปรึกษา

แพทย์ประจำบ้านทุกคนจะมีอาจารย์ที่ปรึกษา 1 ท่านให้คำปรึกษาในเรื่องการเรียนและเรื่องอื่นๆ ตลอดระยะเวลา 4 ปีที่เข้ารับการฝึกอบรม โดยอาจารย์ที่ปรึกษามีหน้าที่ดังนี้

1. ให้คำปรึกษาด้านวิชาการแก่แพทย์ประจำบ้านที่ได้รับมอบหมายตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4 และติดตามความก้าวหน้าของการฝึกอบรมทุก 6 เดือน โดยอาจารย์ที่ปรึกษาจะได้รับผลการประเมินต่างๆ และรายงานอุบัติการณ์ของแพทย์ประจำบ้านจากกรรมการฝึกอบรมเพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่แพทย์ประจำบ้าน
2. ให้คำปรึกษาในด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาส่วนตัว สังคม การเงิน แก่แพทย์ประจำบ้านตามสมควร โดยเรื่องที่ปรึกษาจะเก็บเป็นความลับระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษาและแพทย์ประจำบ้าน ยกเว้นมีปัญหาที่อาจ

กระทบกระเทือนต่อการฝึกอบรม อาจารย์ที่ปรึกษาต้องแจ้งให้ประธานการฝึกอบรมทราบ เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

3. ให้คำแนะนำด้านวิชาชีพและการวางแผนการทำงานในอนาคต
 4. หากแพทย์ประจำบ้านเกิดภาวะวิกฤตทางวิชาชีพให้ดำเนินการดังต่อไปนี้
 - อาจารย์ที่ปรึกษา หรือ อาจารย์ประจำสายงานที่แพทย์ประจำบ้านทำงานอยู่เรียกแพทย์ประจำบ้านเข้าพบเพื่อพูดคุย สอบถาม วิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขเบื้องต้น
 - อาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์ประจำสายงานแจ้งประธานการฝึกอบรมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ และให้การดูแลช่วยเหลือ
 - อาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์ประจำสายงานเฝ้าติดตามประเมินผลพฤติกรรมและด้านจิตใจหลังเริ่มแก้ไขปัญหา และรายงานให้ประธานการฝึกอบรมทราบเป็นระยะ
 - ประธานการฝึกอบรมหรืออาจารย์ที่ปรึกษาแจ้งแก่ตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน เช่น หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านของชั้นปีที่แพทย์ประจำบ้านนั้นเรียนอยู่ หรือ เพื่อนสนิทให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ติดตามพฤติกรรม ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- นอกจากนี้ในการปฏิบัติงานในหน่วยต่างๆ จะมีอาจารย์ประจำหน่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปี (ผนวก 10)

สถานะการปฏิบัติงานและสวัสดิการของแพทย์ประจำบ้าน

1. มีการจัดตารางหมุนเวียนการปฏิบัติงาน 4 ปี โดยยึดตามเกณฑ์ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
2. เวลาการปฏิบัติงานในเวลาราชการไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และการอยู่เวรนอกเวลาราชการไม่เกิน 15 เวรต่อเดือน
3. ได้รับค่าตอบแทนการอยู่เวรนอกเวลาราชการได้เป็นแบบเหมาจ่ายเดือนละ 10,000 บาท
4. ค่าตอบแทนอื่นๆ เช่น การอยู่เวรคลินิกนอกเวลาราชการ หรือ การตรวจผู้ป่วยในคลินิกโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (COVIDs-19) เป็นต้น ให้เป็นไปตามที่โรงพยาบาลกำหนด
1. ได้รับค่าตอบแทนรายเดือนตามต้นสังกัดของแพทย์ประจำบ้าน ในกรณีไม่มีต้นสังกัดจะได้รับค่าตอบแทนลูกจ้างชั่วคราวตามสัญญาจ้างสภาากาชาดไทย
2. สิทธิการลาโดยยึดถือปฏิบัติตามระเบียบสภาากาชาดไทย พ.ศ. 2544 (ผนวก 11)
3. กรณีวันลาเกินกำหนด มีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานชดเชยหลังจากจบการฝึกอบรมตามจำนวนวันที่ขาดไป หรืออาจจะต้องเข้าชั้น กรณีลาเกิน/ป่วยนานเกิน 2 เดือน จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติม หรืออาจจำเป็นต้องเข้าชั้น โดยคณะกรรมการฝึกอบรมต้องประชุมร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ญาติสายตรงหรือต้นสังกัด ในกรณีที่ประเมินไม่ผ่านในเกณฑ์เรื่องระยะเวลาฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจำเป็นต้องปฏิบัติงานเพิ่มเติม โดยจะมีแจ้งให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทราบเป็นลายลักษณ์อักษร

4. สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หากแพทย์ประจำบ้านมีต้นสังกัด สิทธิการรักษาเป็นไปตามต้นสังกัดเดิมของแพทย์ประจำบ้านและได้รับสิทธิการรักษาเฉพาะตัวที่โรงพยาบาลจุฬาฯ ส่วนครอบครัวได้รับส่วนลดค่าห้องพัก ในกรณีไม่มีต้นสังกัดจะได้รับสิทธิเหมือนลูกจ้างชั่วคราวตามสัญญาจ้างสภาวิชาชีพ กล่าวคือ มีสิทธิรักษาพยาบาลเฉพาะตัวและครอบครัวเมื่อรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. สวัสดิการห้องพักแพทย์ประจำบ้าน ทางสถาบันฯได้จัดห้องพักให้แพทย์ประจำบ้านโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย และให้เงินสนับสนุนค่าน้ำฟรี และค่าไฟฟ้าจำนวน 30 ยูนิต์ต่อคนต่อเดือน

การจัดตารางหมุนเวียนแพทย์ประจำบ้าน				
Unit	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4
General Surgery				
G 1	1	1	2	6
G 2	1	1	1	เลือกผ่าน 3 ใน 4 G โดยผ่าน G ละ 2 เดือน
G 3	1	1	2	
G 4	1	1	2	
Vascular	-	1	1	-
Trauma	1	1	1	1
Colorectal	1	1	1	1
Emergency Department (Trauma)	1	-	-	-
Pediatric Surgery	1	-	-	-
Urology	1	-	-	-
Plastic Surgery	1	-	-	-
ICU	1	-	-	-
Anesthesiology	1	-	-	-
Cardiothoracic Surgery	-	2	-	-
Pathology	-	1	-	-
Endoscopy	-	1	-	-
Elective	-	1 รพ.กระบี่	2 รพ.สุรินทร์/ รพ.ศรีสะเกษ	2 รพ.นครสวรรค์/รพ.พุทธชินราช/ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ 2 Free elective
Total	12	12	12	12

ข้อตกลงในการจัดตาราง rotation

1. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 (ที่กำลังจะขึ้นชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษาถัดไป) จะเป็นผู้จัดตารางให้แก่แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์เฉพาะทางปีที่ 1 เข้าใหม่ทั้งหมดที่ต้องผ่านหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป โดยต้องจัดให้มีจำนวนแพทย์หมุนเวียนในแต่ละหน่วยเพียงพอและเหมาะสมต่อการทำงานในแต่ละหน่วย
2. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2-4 จะมีสิทธิในการจัดตาราง rotation เอง โดยตกลงกันในระหว่างแพทย์ประจำบ้านชั้นปีเดียวกัน ทั้งนี้ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 จะเป็นชั้นปีที่เริ่มจัดตารางก่อน และส่งต่อตารางให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 2 ตามลำดับ
3. หากมีปัญหาในการจัด rotation เช่นจำนวนคนไม่เพียงพอ มีคนลาออก ให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4ปรึกษอาจารย์หัวหน้าหลักสูตรเพื่อดำเนินการแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลง rotation ให้ส่วนรวมสามารถปฏิบัติงานต่อไปได้อย่างเหมาะสม
4. ใน rotation free elective แพทย์ประจำบ้านสามารถเลือกไปฝึกปฏิบัติงานหรือดูงานที่โรงพยาบาลหรือสถาบันที่ตนสนใจโดยแพทย์ประจำบ้านต้องติดต่อสถาบันนั้นๆเอง และแจ้งต่อหัวหน้าหลักสูตรเพื่อทำหนังสือขอไปฝึกปฏิบัติงานยื่นต่อสถาบันที่ไป หรืออาจเลือกผ่านหน่วยงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ก็ได้

ตารางการปฏิบัติงานและกิจกรรมวิชาการในแต่ละสัปดาห์
--

คัลยศาสตร์ทั่วไป G.1 มีอาจารย์ทั้งหมด 8 ท่าน

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 1. รศ.นพ.พงศ์รัตน์ | ศิริจินดากุล |
| 2. รศ.นพ.บัณฑิต | นนทสูติ |
| 3. รศ.นพ.วิภูษิต | แต่สมบัติ |
| 4. รศ.นพ.เมธี | สุธีรศานต์ |
| 5. ผศ.พญ.เอชยา | วรสิทธิ์ |
| 6. อ.พญ.ชญาดา | วัฒนบุรณนที |
| 7. รศ.นพ.สุภาวดี | นิเวศวงศ์ (อาจารย์พิเศษ) |
| 8. อ.นพ.เจษฎ์ | ศุภผล (อาจารย์พิเศษ) |

ตารางปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วยคัลยศาสตร์ทั่วไป G1

วัน	เวลา		กิจกรรม
วันจันทร์	8.30-16.00 น.		ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5
วันอังคาร	7.30-9.00 น.		Round ward กับ staff สาย
	9.00-14.00 น.		ออกตรวจผู้ป่วยนอก ที่ตึก ภา.ร.ชั้น 6 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก
วันพุธ	9.00-10.00.		ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัดเล็ก ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 9
	10.00-11.00 น.		Journal club ที่ตึกรัตนวิทย์พัฒน์ ชั้น 13
	11.00-12.00 น.		New admission round Preoperative round Ward round กับ Staff สาย
	12.00-13.00 น.		Liver conference ทุกพุธที่ 3 ของเดือน
	*8.30-14.00 น.		รับปรึกษาเคสผ่าตัดร่วม/standby OR/intraop consultation จากต่างแผนก
วันพฤหัสบดี	9.00-16.00 น.		ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5
วันศุกร์	8.30-10.30 น.		Preoperative round Round ward กับ staff สาย
	10.30-14.00 น.	วันศุกร์	ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก ภา.ร.ชั้น 6 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก
		วันศุกร์	ออกตรวจผู้ป่วยนอก case ปลุกถ่ายตับที่ตึก ภา.ร.ชั้น 6 รับปรึกษาเคสผ่าตัดร่วม/standby OR/intraop consultation จากต่างแผนก

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการประจำสัปดาห์

1. Journal club

แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดีเลือกงานวิจัยที่น่าสนใจมานำเสนอให้อาจารย์และแพทย์ประจำบ้านฟังและร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณค่างานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหรือการนำไปประยุกต์ใช้

2. Liver conference

เป็นการนำผู้ป่วยทาง HBP ที่ต้องการการดูแลรักษาร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ oncologist, radiologist และศัลยแพทย์มาประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

3. Preoperative round

แพทย์ประจำบ้านทบทวนประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีของผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดวันถัดไปทั้งหมด และนำเสนอแก่อาจารย์ประจำสัปดาห์

4. New admission round

แพทย์ประจำบ้านนำเสนอผู้ป่วยใหม่ที่พบที่หอผู้ป่วยนอก หรือรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลใหม่ ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่ออภิปรายกับอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อวางแผนการวินิจฉัยและการรักษาต่อไป

ศัลยศาสตร์ทั่วไป G.2 มีอาจารย์ทั้งหมด 9 ท่าน

1. ศ.นพ.สุวิทย์ ศรีอัมภพร
2. รศ.นพ.รัฐพลี ภาคอรธ
3. รศ.พญ.สุกัญญา ศรีอัมภพร
4. ศ.นพ.ศุภฤกษ์ ปรีชายุทธ
5. รศ.นพ.กฤตยา กฤตยาภิรม
6. ผศ.นพ.พสุเชษฐ์ สมร
7. อ.นพ.ณัฐวรรธ นฤพนธ์จิรกุล
8. อ.นพ.อภิรักษ์ อุทัยไพศาลวงศ์
9. อ.พญ.ปณิธิตา เอี่ยมสุกนิมิต

ตารางปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป G2

วัน	เวลา	กิจกรรม
วันจันทร์	8.30-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5
วันอังคาร	8.30-10.00 น.	Round ward กับ staff สาย
	10.00-12.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัดเล็ก ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 9
	13.00-15.00 น.	Vascular conference ร่วมกับ trauma
	*8.30-14.00 น.	รับปรึกษาเคสผ่าตัดร่วม/standby OR/intraop consultation จากต่างแผนก

วันพุธ	7.30-8.30 น.		Round ward กับ staff สาย
	9.00-14.00 น.		ออกตรวจผู้ป่วยนอก ที่ตึก ภปร.ชั้น6 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก
วันพฤหัสบดี	9.00-16.00 น.		ปฏิบัติงาน ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น5
วันศุกร์	8.30-9.30 น.		Round ward กับ staff สาย
	9.30-14.00 น.	วันจันทร์	รับปรึกษาเคสผ่าตัดร่วม/standby OR/intraop consultation จากต่างแผนก
		วันศุกร์	ออกตรวจผู้ป่วยนอก ที่ตึก ภปร.ชั้น6 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก
	12.00-13.00 น.		Breast conference ที่ตึกว่องวานิชชั้น 6 ทุกวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการประจำสัปดาห์

1. Vascular conference (ร่วมกับ trauma)

-สัปดาห์ที่ 1,3 แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือดอ่าน Textbook (Rutherford) และนำมาสรุปให้ฟัง

-สัปดาห์ที่ 2 แพทย์ประจำบ้านอ่าน Textbook (Schwartz) และนำมาสรุปให้ฟัง

-สัปดาห์ที่ 4 แพทย์ประจำบ้านอ่าน journal ทางศัลยศาสตร์หลอดเลือด หรือ อภิปราย interesting case

2. Breast conference

เป็นการนำผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับเต้านมที่ต้องการการดูแลรักษาร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ oncologist, radiologist, pathologist และศัลยแพทย์มาประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

ศัลยศาสตร์ทั่วไป G.3 มีอาจารย์ทั้งหมด 8 ท่าน

1. รศ.นพ.ชวลิต ธาระเวช
2. ศ.นพ.สุเทพ อุดมแสงทรัพย์
3. รศ.นพ.ศุภอัฐ พึ่งพาพงศ์
4. ผศ.นพ.กฤษณ์ กิตติสิน
5. อ.พญ.จิตติพร ขอบอารมณ์
6. อ.นพ.ดุขฎี มีศิริ
7. อ.นพ. ชัยสิทธิ์ กิตติไพบูลย์วัฒนา
8. รศ.นพ.พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (อาจารย์พิเศษ)

ตารางปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป G3

วัน	เวลา	กิจกรรม
วันจันทร์	8.00-9.30 น.	Round ward กับ staff
	9.30-14.00 น.	ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก ภปร.ชั้น 6 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก

วันอังคาร	8.30-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5
วันพุธ	9.00-12.00 น.	Round ward กับ staff สาย
	12.00-13.00 น.	Journal club
วันพฤหัสบดี	9.00-10.30 น.	Round ward กับ staff สาย
	10.30-12.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัดเล็ก ตึก ภูมิสิริฯ ชั้น 9
	12.00-13.00 น.	Tumor conference ทุกพฤหัสบดีที่ 3 ของเดือน
	*8.30-14.00 น.	รับปรึกษาเคสผ่าตัดร่วม/standby OR/intraop consultation จากต่างแผนก
วันศุกร์	8.30-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการประจำสัปดาห์

1. Journal club

แพทย์ประจำบ้านเลือกงานวิจัยเกี่ยวกับ UGI surgery ที่น่าสนใจมานำเสนอให้อาจารย์และแพทย์ประจำบ้านฟังและร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณค่างานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหรือการนำไปประยุกต์ใช้

2. Tumor conference

เป็นการนำผู้ป่วยด้าน UGI/HBP ที่ต้องการการดูแลรักษาร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ oncologist, radiologist และศัลยแพทย์มาประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

คัลยศาสตร์ทั่วไป G.4 มีอาจารย์ทั้งหมด 6 ท่าน

1. รศ.นพ.โสภาคย์ มนัสยกรณ
3. ผศ.นพ.มาวิน วงศ์สายสุวรรณ
4. รศ.พญ.กษยา ตันติผลาชีวะ
5. อ.นพ.ภูษิต วงศ์วัฒนกิจ
6. อ.พญ.วรรณัฐา วัชรชาติย์

ตารางปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วยคัลยศาสตร์ทั่วไป G4

วัน	เวลา	กิจกรรม
วันจันทร์	8.30-10.00 น.	Round ward กับ staff สาย
	10.00-12.00 น.	Patho conference (online via Zoom)
	13.00-15.00 น.	Breast conference ที่ตึกว่องวานิชชั้น 9
	*8.30-14.00 น.	รับปรึกษาเคสผ่าตัดร่วม/standby OR จากต่างแผนก
วันอังคาร	8.30-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึก ภูมิสิริฯ ชั้น 5
วันพุธ	9.00-10.30 น.	Round Ward กับ Staff สาย
	13.00-14.00 น.	Topic review/ Journal club

วันพฤหัสบดี	9.00-14.00 น.	ออกตรวจผู้ป่วยนอก ที่ตึก ภปร.ชั้น 6 และรับปรึกษานอกแผนก
วันศุกร์	8.30-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัดตึก ภูมิสิริฯ ชั้น 5

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการประจำสัปดาห์

1. Breast conference

เป็นการนำกรณีศึกษาของผู้ป่วยโรคทางเต้านมที่น่าสนใจมาประชุมร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ oncologist, radiologist, pathologist และศัลยแพทย์ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ วิจารณ์ประเด็นที่น่าสนใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษา และเพื่อการเรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

2. Breast-patho conference

เป็นการนำกรณีศึกษาของผู้ป่วยโรคทางเต้านมที่น่าสนใจมาทบทวนประวัติตรวจร่างกาย เทียบกับภาพทางรังสี และผลพยาธิวิทยาเพื่อเรียนรู้ความเชื่อมโยงของแต่ละส่วนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

3. Topic review / Journal club

เป็นการสืบค้นข้อมูลความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยหรือ guideline ใหม่ในหัวข้อเกี่ยวกับโรคเต้านม หรือ โรคทางเดินอาหารส่วนต้น หรือ Endoscopic treatment

➤ **หน้าที่ ความรับผิดชอบและระเบียบการทำงานของแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วย G1-G4**

1. ลำดับหน้าที่ความรับผิดชอบ

● แพทย์ประจำบ้านปีที่ 4

1. ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม (chief) ในการดูแลผู้ป่วย/รับผิดชอบในการทำงานของแต่ละสาย จัดตารางผ่าตัด และบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ประจำสาย
2. หากมีแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 มากกว่า 1 คน ให้อีกคนทำหน้าที่เป็น co-chief ซึ่งทำงานเหมือนกับ chief ทุกประการ ยกเว้นอำนาจในการตัดสินใจและการประสานงานกับอาจารย์ในสาย ให้เป็นความรับผิดชอบของ chief หากในกรณีจำเป็น co-chief ต้องสามารถทำหน้าที่แทน chief ได้
3. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการทำงานระหว่างเพื่อนร่วมงานและอาจารย์ในสาย
4. ในกรณีฉุกเฉิน แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 สามารถตัดสินใจให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ตามที่เห็นสมควร และสามารถปรึกษาอาจารย์เจ้าของไข้ได้ตลอดเวลา
5. ดูแลให้คำแนะนำในด้านการทำงานและอื่นๆ กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1,2,3
6. ถ่ายทอดความรู้ด้านวิชาการ การทำงานให้กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1,2,3 และนิสิตแพทย์
7. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งทางด้านวิชาการ/ กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

● แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3

1. ดูแลผู้ป่วย/รับผิดชอบในการทำงานของแต่ละสาย โดยทำงานร่วมกับแพทย์ประจำบ้านปีอื่นๆ

2. ช่วยแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 ในการรับผิดชอบการทำงานในสาย และทำหน้าที่เป็น co-chief ในกรณีที่มีแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 คนเดียว
3. ดูแลให้คำแนะนำในด้านการทำงานและอื่นๆ กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1,2
4. ถ่ายทอดความรู้ด้านวิชาการ การทำงานให้กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1,2 และนิสิตแพทย์
5. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งทางด้านวิชาการ/ กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

● แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2

1. ดูแลผู้ป่วย/รับผิดชอบในการทำงานของแต่ละสาย โดยทำงานร่วมกับแพทย์ประจำบ้านปีอื่นๆ
2. ดูแลให้คำแนะนำในด้านการทำงานและอื่นๆ กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1
3. ถ่ายทอดความรู้ด้านวิชาการ การทำงานให้กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 และนิสิตแพทย์
4. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งทางด้านวิชาการ/ กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

● แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1

1. ดูแลผู้ป่วย/รับผิดชอบในการทำงานของแต่ละสาย โดยทำงานร่วมกับแพทย์ประจำบ้านปีอื่นๆ
2. ถ่ายทอดความรู้ด้านวิชาการ การทำงานให้กับนิสิตแพทย์
3. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งทางด้านวิชาการ/ กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

2. การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

ในเวลาราชการ

1) แพทย์ประจำบ้านที่อยู่ในแต่ละสาย มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย ตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ประจำบ้านที่อาวุโสที่สุด โดยเริ่มปฏิบัติงาน 7.00 น. (เวลาอาจเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นกับความเหมาะสม) และร่วมปรึกษา แก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย กับอาจารย์ในแต่ละสาย ตามตารางการทำงานของแต่ละสาย

2) ในวันที่ทำผ่าตัดให้แพทย์ประจำบ้าน ขึ้นไปห้องผ่าตัด และเตรียมผู้ป่วยที่จะผ่าตัดตรงตามเวลาที่กำหนดไว้ในตารางการผ่าตัด และต้องทำการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่จะเข้าช่วยผ่าตัดรวมถึงความรู้ที่เกี่ยวข้องเสมอ

3) ในวันที่ตรงกับกรออกตรวจผู้ป่วยนอก ให้แพทย์ประจำบ้าน ขึ้นตรวจตามกำหนดเวลาที่ได้รับมอบหมาย และรายงานผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือมีความสลับซับซ้อนในการดูแลรักษา ต่อแพทย์ประจำบ้านอาวุโส หรือ ต่อหัวหน้าทีมแพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์ประจำสายตามลำดับ

4) หากมีผู้ป่วยที่ต้องการปรึกษาจากต่างแผนกในช่วง 7.00-14.00 น. ให้ปรึกษาหน่วยที่ออกตรวจ OPD วันนั้นๆ ส่วนหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักสามารถปรึกษาได้โดยตรงที่ OPD ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมีทุกวัน เวลา 9.00-14.00 น.

5) กรณีผู้ป่วยเก่าของสายอื่นมาตรวจที่ OPD หรือส่งปรึกษามาจากแผนกอื่นด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลรักษารีบด่วน ให้สายที่ออกตรวจ OPD วันนั้น ตรวจประเมินเบื้องต้นและรายงานให้หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านสายเจ้าของไข้เดิมทราบเพื่อดำเนินการต่อไป

นอกเวลาราชการ

การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ให้จัดเวรดูแลผู้ป่วยในของสายวันละ 1 คน (แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 และ 2) แพทย์ประจำบ้านปีที่ 3 ดูแลผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ ส่วนแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 ดูแลผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม และผู้ป่วยทั้งหมดในสาย

3. การให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้าน และ/หรือ บุคลากรระดับรองลงไป

แพทย์ประจำบ้านอาวุโส มีหน้าที่ให้คำแนะนำ ปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้านระดับรองลงไปตามลำดับชั้น โดยการตัดสินใจให้ปฏิบัติตามคำปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านอาวุโสสูงสุดเป็นหลัก

4. การปฏิบัติงานในวันที่เป็นเวรประจำสาย (เวร G)

1) เวร G ของศัลยศาสตร์ทั่วไปจะจัดหมุนเวียนกันไปในช่วง G1-G4 (ทุก 4 วัน หรือประมาณ 7-8 เวรต่อเดือน) เพื่อรับปรึกษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยต่างแผนกตั้งแต่เวลา 14.00 น. ถึง 7.00 น.ของวันถัดไป แพทย์ประจำบ้านภาควิชาศัลยศาสตร์ที่อยู่เวรฉุกเฉินต้องอยู่โรงพยาบาล และควรแจ้งสถานที่อยู่ให้แพทย์เวรห้องฉุกเฉินทราบ เพื่อสะดวกในการติดตามปรึกษา

2) การตามเพื่อปรึกษา ให้ตามแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ก่อน แล้วรายงานแก่หัวหน้าแพทย์เวรในกรณีที่ถูกฉุกเฉินมาก อาจตามหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านได้โดยตรง

3) การตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยในเวร ขึ้นกับแพทย์ประจำบ้านที่อาวุโสที่สุด โดยรายงานอาจารย์ที่รับผิดชอบของแต่ละสาย ทั้งนี้ขึ้นกับความเร่งด่วนของผู้ป่วย และต้องบันทึกตอบใบรับคำปรึกษาให้เรียบร้อย

4) ในกรณีผู้ป่วยศัลยศาสตร์เฉพาะทางอื่นๆให้แพทย์ประจำบ้านภาควิชาศัลยศาสตร์ในหน่วยแต่ละหน่วยเฉพาะทาง (ถ้ามี) ปรึกษาโดยตรงจากแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน ยกเว้นศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักให้ปรึกษาศัลยศาสตร์ทั่วไปที่เป็นเวรประจำวันก่อน เวรศัลยศาสตร์ทั่วไปจะประเมินและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น และปรึกษาแพทย์เวรของศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามความจำเป็นต่อไป

5) กรณีผู้ป่วยเก่าของสายที่ไม่ได้อยู่เวร G

- หากเป็นผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดกับสายใดสายหนึ่งมาก่อน หากมาตรวจด้วยโรค/อาการที่สัมพันธ์กับการผ่าตัดครั้งเก่า ให้แพทย์เวร G ประเมินและให้การดูแลรักษาเบื้องต้นตามสมควร จากนั้นจึงแจ้งให้หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านสายที่เป็นเจ้าของไข้เดิมทราบ เพื่อรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง

- หากเป็นผู้ป่วยที่มีนัดผ่าตัดกับสายใดสายหนึ่งไว้ก่อน แต่มาด้วยอาการฉุกเฉินของโรคที่นัดผ่าตัดไว้ ให้แพทย์เวร G ประเมินและให้การดูแลรักษาเบื้องต้นตามสมควร แล้วแจ้งให้หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านสายที่เป็นเจ้าของไข้เดิมทราบ เพื่อรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้ ขึ้นกับโรคเดิมที่เป็น และการตกลงกันระหว่างสายที่อยู่เวร และเจ้าของไข้เดิม

- หากเป็นผู้ป่วยในที่ admit อยู่ต่างแผนก และเคย consult สายใดไว้ก่อนแล้วใน admission เดียวกันและยังไม่ได้ discharge ให้ notify แพทย์ในสายที่รับปรึกษาได้โดยตรงโดยไม่ต้องผ่านเวร G

5. การรับปรึกษาในห้องผ่าตัด (intraoperative consultation/consult standby OR)

- กรณีมีเคสปรึกษาจากต่างแผนก เพื่อให้เข้าร่วมผ่าตัดหรือ standby OR (elective case) ในเวลาราชการ ให้ปรึกษา G ที่เป็น OR minor ของวันที่จะทำการผ่าตัด หากเป็นวันศุกร์ให้ consult G1 ในวันคู่ หรือ G2 ในวันคี่ (G ที่ไม่ได้ออก OPD ของวันนั้น) ยกเว้นมีการปรึกษาระบุสายหรืออาจารย์เป็นกรณีพิเศษ ให้เรียนปรึกษาตามที่ระบุ

- กรณีมีเคสปรึกษาจากห้องผ่าตัด (intraoperative consultation) โดยไม่ทราบล่วงหน้า ให้ปรึกษา G ที่เป็น OR minor ของวันนั้น หากเป็นวันศุกร์ให้ consult G1 ในวันคู่ หรือ G2 ในวันคี่ (G ที่ไม่ได้ออก OPD ของวันนั้น) ตั้งแต่เวลา 7.30-14.00 น. หากเป็นหลังเวลาดังกล่าว ให้ปรึกษาสายที่อยู่เวรนอกเวลาราชการวันนั้น

6. การส่งมอบเวร

การส่งมอบเวรและหน้าที่ความรับผิดชอบต่อไปยังแพทย์เวรหรือ แพทย์ที่หมุนเวียนมารับหน้าที่แทน ในกรณีที่มีการส่งมอบเวรนั้น ให้มีการส่งมอบเวรให้เสร็จสิ้นก่อนการดูแลรับผิดชอบของแพทย์รุ่นใหม่น้อยกว่า 1 วัน โดยที่ชี้แจงถึงรายละเอียดของการดูแลรักษาผู้ป่วย การปฏิบัติงานในแต่ละสาย ตลอดจนรายละเอียดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หรือการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

คัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีอาจารย์ทั้งหมด 8 ท่าน

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. ศ.นพ.ชูชีพ | สหกิจรุ่งเรือง |
| 2. รศ.นพ.จิรวัดน์ | พัฒนะอรุณ |
| 3. อ.นพ.สุภกิจ | ขมวิสัย |
| 4. อ.นพ.ประพนธ์ | กาญจนศิลป์ |
| 6. อ.นพ.ทรงพล | มาลากร |
| 7. อ.นพ.ฐิติเทพ | ลิมวรพิทักษ์ |
| 8. อ.นพ.สุกิจ | ภัทรเจียรพันธุ์ |
| 9. อ.นพ.รัชชัย | เจริญศิวาแพทย์ |

วัน	เวลา	กิจกรรม
วันจันทร์	8.00-9.00 น.	Journal club ที่ห้องประชุมหน่วย ตึกจงกลนีฯ ชั้น 1
	9.00-14.00 น.	ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก ภปร.ชั้น 6 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก
วันอังคาร	8.00-9.00 น.	Topic review ที่ห้องประชุมหน่วย ตึกจงกลนีฯ ชั้น 1
	9.00-14.00 น.	ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก ภปร.ชั้น 6 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก
	14.00-16.00 น.	Q & A ที่ห้องประชุมหน่วย ตึกจงกลนีฯ ชั้น 1
วันพุธ	09.00-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5

วันพฤหัสบดี	9.00-14.00 น.	ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก ภปร.ชั้น 6 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก
	13.00-16.00 น.	ปฏิบัติงานห้องส่องกล้อง ณ ศูนย์ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ชั้น3 ตึก 14 ชั้น
วันศุกร์	8.30-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 6

ตารางปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการประจำสัปดาห์

1. Journal club

แพทย์ประจำบ้านเลือกงานวิจัยเกี่ยวกับศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่น่าสนใจมานำเสนอ และร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณค่างานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหรือการนำไปประยุกต์ใช้ สัปดาห์ละ 2 ฉบับ

2. Topic review

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดนำเสนอ Topic review ทาง ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่น่าสนใจหรือมีการเปลี่ยนแปลง

3. Q & A in colorectal surgery

นิสิตแพทย์ และแพทย์ประจำบ้าน ชักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีแพทย์ประจำบ้านต่อยอดและอาจารย์ตอบคำถาม รวมทั้งการตั้งกรณีศึกษาขึ้นเพื่อฝึกการอภิปราย

➤ หน้าที่และความรับผิดชอบของแพทย์ประจำบ้านหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

● แพทย์ประจำบ้านปีที่ 4

1. ทำหน้าที่เทียบเท่าแพทย์ประจำบ้านต่อยอดปีที่ 1 โดยรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยของอาจารย์ในสายของตน รวบรวมและรายงานเคสให้อาจารย์ประจำสัปดาห์รับทราบ
2. จัดตารางผ่าตัดรวมของทุกสายโดยแพทย์ประจำแต่ละสายตามตารางนัดผ่าตัดรวม และบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย
3. เข้าช่วยผ่าตัดเคสของอาจารย์ในสายเป็นหลัก แต่สามารถเลือกเข้าเคสอื่นๆที่ตนสนใจได้ตามความเหมาะสมและการตกลงกันกับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด
4. ดูแลให้คำแนะนำในด้านการทำงานและอื่นๆ กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1,2,3
5. ถ่ายทอดความรู้ด้านวิชาการ การทำงานให้กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1,2,3 และนิสิตแพทย์
6. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งทางด้านวิชาการ/ กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

● แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1-3

1. ดูแลผู้ป่วย/รับผิดชอบงานในหอผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดของแต่ละสาย
2. ดูแลให้คำแนะนำในด้านการทำงานและอื่นๆ กับแพทย์ประจำบ้านปีรุ่นหลัง
3. ถ่ายทอดความรู้ด้านวิชาการ การทำงานให้กับแพทย์ประจำบ้านรุ่นหลังและนิสิตแพทย์

4. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งทางด้านการวิชาการ/ กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

➤ **การจัดเวรนอกเวลาราชการ**

- ต้องมีแพทย์ประจำบ้านอยู่เวร 3-4 คนต่อวัน ขึ้นกับจำนวนแพทย์ประจำบ้านในแต่ละเดือน

ชั้นปี	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4
การจัดเวร	หารเวร 1 st ในแต่ละวัน โดยอยู่เวรทั้งหมด 10 เวรต่อเดือน			หารเวร 2 nd call กับแพทย์ประจำบ้าน ต่อยอดชั้นปีที่ 1 โดยอยู่เวรทั้งหมด 10 เวรต่อเดือน

ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ (Trauma)

➤ **อาจารย์ประจำสาย ทั้งหมด 9 ท่าน**

1. ศ.นพ.สุวิทย์ ศรีอัมภพร
2. รศ.นพ.รัฐพลี ภาคอรธร
3. รศ.พญ.สุกัญญา ศรีอัมภพร
4. ศ.นพ.ศุภฤกษ์ ปรีชายุทธ
5. รศ.นพ.กฤตยา กฤตยาภิรม
6. อ.นพ.พสุเชษฐ์ สมร
7. อ.นพ.ณัฐวรรธ นฤพนธ์จิรกุล
8. อ.นพ.อภิรักษ์ อุทัยไพศาลวงศ์
9. อ.พญ.ปณทิศา เอี่ยมสุกนิมิตร

ตารางแสดงปฏิบัติงานประจำวันของแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วย Trauma

วัน	เวลา	กิจกรรม
วันจันทร์	8.30-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 6 (กรณีมีเคสที่ต้องทำผ่าตัด elective ให้ set เข้า OR G2)
	19.00-21.00 น.	Trauma tele-conference ณ ห้องประชุม teleconference ตึกอปร. ชั้น 8
วันอังคาร	10.00-11.00 น.	Round Ward กับ Staff สาย
	13.00-15.00 น.	Vascular conference ร่วมกับ G2
วันพฤหัสบดี	9.00-16.00 น.	ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 6 (กรณีมีเคสที่ต้องทำผ่าตัด elective ให้ set เข้า OR G2)
	13.00-15.00 น.	ออกตรวจผู้ป่วยนอก ที่ตึก ภปร.ชั้น 6
วันศุกร์	9.30-10.30 น.	Journal club ณ ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 16
	10.30-11.30 น.	Round Ward กับ Staff สาย

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการประจำสัปดาห์

1. Tele-conference

เป็นการนำกรณีศึกษาที่น่าสนใจมานำเสนอและอภิปรายร่วมกับ Trauma surgeon จากหลากหลายประเทศทั่วโลก

2. Vascular conference (ร่วมกับ G2)

-สัปดาห์ที่ 1,3 แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือดอ่าน Textbook (Rutherford) และนำมาสรุปให้ฟัง

-สัปดาห์ที่ 2 แพทย์ประจำบ้านอ่าน Textbook (Schwartz) และนำมาสรุปให้ฟัง

-สัปดาห์ที่ 4 แพทย์ประจำบ้านอ่าน journal ทางศัลยศาสตร์หลอดเลือด หรือ อภิปราย interesting case

3. Journal club

แพทย์ประจำบ้านเลือกงานวิจัยเกี่ยวกับ trauma ที่น่าสนใจมานำเสนอให้อาจารย์และแพทย์ประจำบ้านฟังและร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณค่างานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหรือการนำไปประยุกต์ใช้

➤ หน้าที่และความรับผิดชอบของแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วย Trauma

1. ลำดับหน้าที่เหมือนแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วย G1-G4
2. รับปรึกษาจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
 - ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือได้รับบาดเจ็บจากเหตุอื่น ๆ ทุกราย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ถือว่าอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ จนปลอดภัยออกจากโรงพยาบาล
 - หากมีการติดต่อขอปรึกษาจากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ต้องรับปรึกษาและไปตรวจประเมินผู้ป่วยเองทุกเคส
 - หากมีการ activate Trauma team จากห้องฉุกเฉินไม่ว่าจากแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ Trauma team ต้องไปถึงห้องฉุกเฉินภายใน 5 นาที
3. หากมีความจำเป็นที่แพทย์เวรประจำ ER Trauma ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้หรือติดธุระอื่นใด ให้ส่งตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน Trauma ไปช่วยตรวจแทน
4. ผู้ป่วย Multiple injury ที่ต้องการปรึกษาแผนกต่างๆ ให้ Trauma team เป็นผู้ประสานงาน และหากต้องรับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลให้ถือว่า Trauma เป็นเจ้าของไข้และรับผิดชอบผู้ป่วยจนกว่าจะ discharge
5. ปรึกษาอาจารย์ผู้ดูแล สาย Trauma ทุกรายที่ต้องทำผ่าตัด หรือมีปัญหาในการวินิจฉัยหรือรักษา
6. พิจารณารับ refer จากโรงพยาบาลต่างๆ โดยศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยจะติดต่อกับหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านโดยตรง

- หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านจะตรวจสอบรายละเอียดและความเหมาะสมในการส่งตัวมารักษาต่อ และรายงานให้อาจารย์เวรทราบ หากรับเคสที่ติดต่อมา หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านต้องติดต่อประสานงานกับศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยและแพทย์ที่โรงพยาบาลนั้นๆ เพื่อให้มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนการส่งตัวและให้มีการดูแลผู้ป่วยระหว่างทางอย่างเหมาะสมที่สุด
 - ในกรณีที่คาดว่าจะต้องเข้าห้องผ่าตัดหรือไปทำ intervention อย่างเร่งด่วน ให้ติดต่อประสานงานกับทีมห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์ ห้อง ICU หรือ intervention radiologist ไว้ล่วงหน้า เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษาเมื่อผู้ป่วยมาถึง
7. แพทย์ประจำบ้านต้องบันทึกเวชระเบียนและลงบันทึกบาดแผลให้ครบถ้วนเรียบร้อยก่อน discharge
 8. หากเกิดสาธารณภัย/Mass casualty หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน Trauma ต้องเป็นผู้รับคำสั่งและประสานงานกับหัวหน้าทีมและแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรม เพื่อระดมกำลัง และปฏิบัติตามแผนรับสาธารณภัยของโรงพยาบาล
 9. ออกตรวจ OPD Trauma ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-15.00 น. ที่ตึกภปร.ชั้น 6 ซึ่งเป็นผู้ป่วยในแผนก Trauma ที่นัดมาตรวจติดตาม หรือเป็นผู้ป่วยที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินที่นัดมาตรวจติดตามอาการ
 10. การออกไปรับรองแพทย์ของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่จะนำไปประกอบคดีทุกราย ให้ปรึกษาแผนกนิติเวชเป็นผู้ออกให้ ยกเว้นไปรับรองแพทย์เพื่อลงงาน หรือประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แพทย์ประจำบ้านแผนก Trauma เขียนให้ผู้ป่วยเองได้
 11. สอนให้คำปรึกษาและดูแลนิสิตแพทย์ในหน่วยศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ที่ห้องฉุกเฉินและที่ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 16 zone A
 12. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4 ที่เป็นหัวหน้าทีม มีหน้าที่ดูแล และปรับปรุงห้องพักแพทย์ประจำบ้าน จัดสวัสดิการต่างๆ และเตรียมงานสังสรรค์ สำหรับแพทย์ประจำบ้านตามความเหมาะสม

➤ การจัดเวรนอกเวลาราชการ

- ต้องมีแพทย์ประจำบ้านอยู่เวร 4-5 คนต่อวัน ขึ้นกับจำนวนแพทย์ประจำบ้านในแต่ละเดือน

ชั้นปี	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4
การจัดเวร	หารเวร 1 st และ 2 nd call ในแต่ละวัน โดยอยู่เวรทั้งหมด 10-15 เวรต่อเดือน		-ถ้ามีแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 มากกว่า 1 คน ให้แบ่งหน้าที่กันเป็น co-chief แล้วแต่ตกลงกัน -จำนวนวันหยุดให้ chief ในแต่ละเดือนกำหนดเอง	ทุกวัน

เจตคติที่ดีในการเป็นคัลยแพทย์

ขณะที่เข้าฝึกอบรมจะเน้นให้มีอุปนิสัยในการรับผิดชอบ การตัดสินใจที่เหมาะสมและมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. ควรจะเป็นที่พึ่งของผู้ป่วย
2. เคารพสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย (ผนวก 12)
3. ควรจะชี้แจงและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติตนเป็นผู้ให้ความรับผิดชอบในการรักษา ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความซื่อสัตย์สุจริต และเหตุผลที่จะทำการต่างๆ เพื่อวินิจฉัยโรค และการรักษา
4. จะต้องพยายามวินิจฉัยโรคให้ได้ก่อนการรักษา
5. ต้องมีความรู้สึกผูกพันต่อการสงเคราะห์ผู้ป่วย และมีมนุษยสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
6. ต้องมีความซื่อตรงต่อวิชาชีพ
7. จะต้องค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ และเผยแพร่ให้แก่ผู้ร่วมอาชีพและบุคคลทั่วไป
8. ควรจะทบทวนและแก้ไขงานของตนให้มีประสิทธิภาพ เพื่อการพัฒนาตนเองและเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
9. ควรจะตัดสินใจแน่วแน่และทันการ โดยใช้เหตุและผล
10. ควรจะรู้จักประมาณในความสามารถของตน ผู้ป่วยรายใดที่ตนไม่มีความสามารถจะให้การตรวจวินิจฉัยหรือรักษา ควรจะส่งให้ผู้ชำนาญต่อไป ยกเว้นกรณีที่เป็น
11. พึงระลึกไว้ว่าการตรวจในห้องทดลองเป็นแต่เพียงเครื่องช่วยสนับสนุนในการวินิจฉัยทางคลินิกเท่านั้น
12. ไม่ควรทำการรักษาและการค้นคว้าหาสาเหตุของโรคเกินกว่าความจำเป็น
13. ควรจะเคารพให้เกียรติและรักษาความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ร่วมอาชีพ
14. ใช้ยาและทรัพยากรทางการแพทย์อื่นๆ อย่างสมเหตุสมผล

ระเบียบการปฏิบัติงาน และข้อควรปฏิบัติอื่นๆ

1. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย

- แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย โดย
- ดูแลและทำความสะอาดแผลให้แก่ผู้ป่วย โดยถูกต้องอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของบาดแผล
 - ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยใส่ถุงมือในการปฏิบัติงาน
 - แยกของเสีย หรือผ้า gauze ที่ปนเปื้อน ไว้เป็นสัดส่วนต่างหากเพื่อง่ายต่อการเก็บและทำลาย

- สอนนิสิตแพทย์ให้ทำความสะอาดแผลอย่างถูกต้อง
- ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลที่จัดไว้ตามจุดต่างๆในหอผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยหรือทำหัตถการต่างๆ
- การทำหัตถการที่ต้องอาศัย aseptic technique ให้ทำด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง โดยยึดตาม sterile technique เป็นหลัก
- ในกลุ่มคนไข้ติดเชื้อดื้อยา ควรเลือกราวนผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มสุดท้าย ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ หมวก หน้ากากอนามัย เสื้อกาวน์ ถุงมือก่อนเข้าไปรายนผู้ป่วยในบริเวณที่แยกไว้ หลังจากรายนผู้ป่วยรายดังกล่าว ต้องทิ้งอุปกรณ์ป้องกันในที่ที่จัดไว้ และล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาด ก่อนไปสัมผัสผู้ป่วยรายต่อไป

2. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลและป้องกันติดเชื้อในห้องผ่าตัดโดย

- เปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับการเข้าห้องผ่าตัด สวมหมวก ผูก mask ก่อนที่จะเข้าบริเวณห้องผ่าตัด
- ล้างมือ และเช็ดมืออย่างถูกต้องก่อนเข้า case ผ่าตัด
- เข้าช่วยผ่าตัด หรือทำการผ่าตัดด้วยหลัก sterile technique
- ไม่ส่งเสียงคุยกัน โดยไม่จำเป็นในห้องผ่าตัด
- การยืนดูในห้องผ่าตัด ไม่ควรยืนชิดแพทย์ที่ทำการผ่าตัดหรือช่วยผ่าตัด ควรยืนห่างอย่างน้อย 50 ซม. เพื่อป้องกันการ contamination
- การถอดถุงมือ หรือเสื้อกาวน์ หลังจากเสร็จผ่าตัด ให้แยกถุงมือหรือเสื้อกาวน์ ทิ้งลงในภาชนะบรรจุที่แยกไว้ให้เรียบร้อย

3. การบันทึกเวชระเบียน

เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบหอผู้ป่วยนั้นๆที่จะต้องบันทึกใน resident note, progress note (บันทึกทุกวัน) และ operative note ในกรณีที่ช่วยผ่าตัดและอาจารย์มอบหมายให้เป็นผู้เขียน รวมไปถึง discharge summary เมื่อคนไข้กลับบ้าน โดยก่อน discharge แพทย์ประจำบ้านจะต้องตรวจทานให้เวชระเบียนมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งคืนไปยังแผนกเวชระเบียนของทางโรงพยาบาล

4. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงขั้นตอนการขออนุญาตผ่าตัด

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรง ในการให้คำอธิบายต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น แนวทางในการวินิจฉัย หรือการรักษา ผลกระทบที่เกิดจากการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด รวมไปถึงการพยากรณ์โรค

ในกรณีที่ผู้ป่วยบรรลุนิติภาวะ ต้องให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ เพื่ออนุญาตให้ทำการผ่าตัดรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถกระทำการใด ๆ ที่จะยินยอมให้ทำการผ่าตัดหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะให้ญาติเป็นผู้ลงลายมือชื่อ เพื่อยินยอมให้การรักษาแทน ในกรณีที่ไม่มีญาติที่มีสิทธิเพียงพอที่จะกระทำขั้นตอนดังกล่าวได้ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งลงลายมือชื่อแทนในกรณีที่ เป็นในเวลา ราชการ และแพทย์ประจำบ้านอาวุโสสูงสุดเป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนในเวลานอกเวลาราชการ

5. การสั่งการรักษาและประสานงานกับบุคลากรสายวิชาชีพอื่น

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่สั่งการรักษาให้กับผู้ป่วย โดยมีแพทย์ประจำบ้านอาวุโสสูงสุดเป็นผู้รับผิดชอบ โดยอยู่ในดุลยพินิจของอาจารย์ที่เป็นเจ้าของไข้หรืออาจารย์ภายในสาย

ภาควิชาศัลยศาสตร์ ถือว่า ความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานระหว่างแพทย์กับพยาบาลในหอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, ไอ.ซี.ยู., วิสัญญีพยาบาล, วิสัญญีแพทย์ ตลอดจนแพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ในภาควิชาอื่น ๆ รวมทั้งการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะไม่ให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้น ทั้งนี้ รวมถึงการรับปรึกษาผู้ป่วยจากต่างภาควิชา การเตรียมผ่าตัด การส่งรายการกำหนดวันและเวลาที่จะผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และใน ไอ.ซี.ยู. ฯลฯ โดยขอให้ถือประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และความเหมาะสมในการปฏิบัติต่อผู้ร่วมงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก

6. การดูแลสุขภาพของตนเอง

เนื่องจากการเรียนวิชาศัลยกรรมนั้น จะต้องอาศัยร่างกาย แรงใจ ในการทุ่มเท รับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยของคนไข้ แพทย์ประจำบ้านจึงต้องหมั่นดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดีหากมีปัญหา ด้านสุขภาพ ให้รายงานอาจารย์แพทย์ภายในสาย เพื่อที่จะได้ปรึกษาหรือแนะนำในการดูแลรักษาต่อไป

ในกรณีที่ถูก ฆาตบาดหรือเข็มตำ และสงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะติดเชื้อ HIV มีแนวทางในการปฏิบัติตามข้อแนะนำในผนวก 13

7. การสอนนิสิตแพทย์

ภาควิชาฯ กำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน มีหน้าที่สอนนิสิตแพทย์ในระดับปีที่ 4,5 และ 6 ในหัวข้อที่เกี่ยวกับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษา ให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและควบคุมการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ นิสิตแพทย์

8. การแต่งกาย

ให้แพทย์ประจำบ้านทุกระดับ แต่งกายให้สุภาพเรียบร้อยโดย

- ในเวลารายการ: ให้ใส่เสื้อกาวน์ที่ทางโรงพยาบาล ได้จัดเตรียมไว้ให้ และสวมรองเท้าหุ้มส้น
- นอกเวลาราชการ: ให้แต่งกายสุภาพ โดยสามารถใส่ชุด Scub ที่ทางโรงพยาบาลได้จัดเตรียมไว้ให้ (ตามความเหมาะสม) และสวมรองเท้าหุ้มส้น

9. การเซ็นชื่อ

ทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ แพทย์ประจำบ้านต้องเซ็นชื่อ ลงในสมุดรายชื่อ เพื่อใช้เป็นตัวประเมินผลการปฏิบัติงานต่อไป

แพทย์ประจำบ้าน ต้องเซ็นชื่อลงในใบสั่งยา ใบสั่งการรักษา หรือในเวชระเบียนควรเซ็นให้อ่านได้ และขอให้ลงหมายเลขประจำตัวท้ายลายเซ็นไว้ด้วย เพื่อความสะดวกในการติดต่อเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

10. ใบมรณะบัตรและการขอตรวจศพ

ใบมรณะบัตร เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานที่สังกัด จะต้องลงบันทึกวันที่ที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเมื่อพยาบาลตักแฉ่งให้ทราบ

การขอตรวจศพ แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ขออนุญาตตรวจศพผู้ป่วยทุกรายที่เสียชีวิต เพื่อประโยชน์ในการเรียน การสอน และความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งนี้ควรช่วยติดต่อและอำนวยความสะดวกแก่ญาติของผู้เสียชีวิต เพื่อจะได้รับความร่วมมือจากญาติเพิ่มขึ้น

ภาคผนวก

ผนวก 1: เนื้อหาการฝึกอบรม

วัตถุประสงค์ เนื้อหาความรู้ และเหตุการณ์ที่สำคัญของสาขาอื่นๆ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

สาขาเวชบำบัดวิกฤต

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Hypotension & hemorrhagic shock, resuscitation
2. Hemorrhagic and thrombotic disorders
3. Transfusion & blood component therapy
4. Septicemia and the sepsis syndrome
5. Surgical infection
6. Gastro-intestinal fluid losses and fluid balance, including in children.
7. Nutritional failure and nutritional support
8. Respiratory failure
9. Renal failure and principles of dialysis
10. Fluid overload and cardiac failure
11. Myocardial ischemia
12. Cardiac arrhythmias
13. Multiple organ failure
14. Pain control
15. Cardiac arrest, respiratory arrest and diagnosis of brain death
16. Care of potential organ donor
17. Hypothermia and hyperthermia
18. Legal & ethical aspect of transplantation

หมวดเหตุการณ์

1. Central venous catheter placement
2. Ventilator setting, muscle relaxant and sedation
3. Compartment pressure (abdomen, extremity) – Measurement

สาขาศัลยศาสตร์กุมารวิทยา

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศัลยศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Abdominal pain in children
2. Swallowed foreign bodies, caustic injury
3. Scrotal emergencies in all age groups
4. Assessment of the multiple injured in children
5. Umbilical and Inguinal hernia in childhood
6. Undescended testis
7. Hypertrophic pyloric stenosis
8. Acute appendicitis and complication
9. Meckel's diverticulum
10. Choledochal cysts
11. Malrotation of gastrointestinal tract
12. Intussusception
13. Foreign bodies of gastrointestinal tract

หมวดหัตถการ

1. Inguinal hernia in childhood-Repair
2. Appendectomy
3. Trauma resuscitation in children

สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศัลยศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Scrotal emergencies in all age groups
2. Undescended testis
3. Umbilical & Inguinal hernia
4. KUB calculi disease
5. Injuries of the urinary tract: Kidney, ureter, bladder and urethra
6. Obstructive uropathy
7. Neoplasms of bladder, prostate and kidney

8. Infection of KUB system

9. Hematuria

หมวดหัตถการ

1. Cystostomy

2. Hydrocelectomy

3. Orchiectomy

4. Nephrectomy

5. Renal Injury-Repair/Resection

6. Bladder Injury-Repair

สาขาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศัลยศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Chest and lung injury

2. Cardiac injury

3. Tracheal injury

4. Esophageal injury

5. Diaphragmatic injury

6. Pleural effusion

7. Thoracic aortic aneurysm and aortic dissection

หมวดหัตถการ

1. Chest tube placement and management

2. Pericardial window

3. Sternotomy

4. Exploratory thoracotomy

สาขาศัลยศาสตร์ประสาทสมองและไขสันหลัง

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศัลยศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Head injuries

2. Spinal cord injury

3. Cerebrovascular disease
4. Management of acute pain
5. Brain tumors
6. Spinal cord tumors

หมวดหัตถการ

1. Tracheostomy
2. Lumbar puncture
3. Interpretation of CT scans of brain

สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศัลยศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Burns
2. Initial management of severe burns
3. Skin and soft tissue benign tumors/ malignancy
4. Hand injury
5. Maxillo-facial injury
6. Malignant melanoma
7. Basal and squamous cell carcinoma
8. Decubitus ulcer

หมวดหัตถการ

1. Complex wound closure
2. Skin grafting
3. Burn debridement and grafting of major burns

สาขาวิสัญญีวิทยา

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศัลยศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Anaesthetic and pharmacological problem
2. Anesthetic preoperative risk
3. Epidural and spinal anesthesia

4. Pain management

5. Ventilator support

หมวดหัตถการ

1. Endotracheal tube intubation

2. Regional nerve anesthesia

3. Ventilator setting, muscle relaxant and sedation

สาขานรีเวชวิทยา

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศัลยศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Ectopic pregnancy

2. Pelvic inflammatory disease

3. Incidental ovarian mass/cyst

4. Endometriosis

5. Ovarian and uterine neoplasm

6. Rectocoele

7. Trauma in pregnancy

หมวดหัตถการ

1. Hysterectomy

2. Salpingo-oophorectomy

สาขาพยาธิวิทยา

เป้าประสงค์การเรียนรู้ความรู้ทางศัลยศาสตร์ทั่วไป

หมวดความรู้

1. Tissue handling technique after biopsy, frozen section and inprint

2. Gross and microscopic description of common surgical disease

3. Interpretation of FNA result

4. Special staining/study: Immunohistochemistry

ผนวก 2 หลักสูตรศัลยศาสตร์พื้นฐาน (Fundamental surgery)

1. ที่มาของหลักสูตร

เดิมใช้ชื่อวิทยาศาสตร์พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ (basic surgical science) และเป็นหลักสูตรที่มีการบูรณาการความรู้หลายด้าน เป็นความรู้พื้นฐาน จัดอบรมสำหรับผู้ที่จะเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หรือ แพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ต้องเข้ารับการอบรมและต้องสอบประเมินผ่านก่อนที่จะสามารถสอบวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญศัลยศาสตร์ โดยในหลักสูตรตั้งแต่ ปี พ.ศ.2565 ได้เปลี่ยนแปลงชื่อหลักสูตรเป็น “ศัลยศาสตร์พื้นฐาน (Fundamental surgery)”

2. หลักการและเหตุผล

หลักสูตรศัลยศาสตร์พื้นฐานเป็นหลักสูตรที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้จัดทำขึ้นเพื่อปรับความรู้พื้นฐานแก่แพทย์ประจำบ้านที่เข้าอบรมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจความรู้พื้นฐานทางการแพทย์เพื่อประยุกต์ในศัลยศาสตร์
2. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรม
3. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการวินิจฉัยโรคหรือภาวะทางศัลยกรรมที่จำเป็น
4. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจหลักการในการให้การรักษาโรคหรือภาวะทางศัลยกรรมที่จำเป็น
5. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหนัก วิกฤต และความเสี่ยงสูงในศัลยกรรม
6. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการหัตถการพื้นฐานที่จำเป็นโรคหรือภาวะทางศัลยกรรม
7. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการทักษะรอบด้านของศัลยแพทย์ (non-technical skill)
8. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและความสามารถเกี่ยวกับทัศนคติ และจริยธรรม ในผู้ป่วยศัลยกรรม
9. เพื่อเตรียมความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจและความสามารถเพื่อเข้าฝึกการอบรมศัลยกรรมขั้นสูงต่อไป

3. การจัดการหลักสูตร

แบ่งความรู้เป็น 5 หมวดตาม Curriculum Contentsดังนี้

Curriculum Contents of Fundamental Surgery

Module 1 Principle of surgical management

Module 2 Critical care in surgical patients

Module 3 Application of basic science for surgery

3.1 Applied anatomy for surgeons

3.2 Applied physiology for surgeons

3.3 Applied pathology for surgeons

Module 4 Basic knowledge of fundamental surgical procedures

Module 5 Essential surgical diseases and conditions

5.1 Trauma

5.2 Emergency surgical diseases and conditions (Non trauma)

5.3 Common surgical diseases and conditions

จัดรูปแบบการเรียนรู้ทั้งแบบออนไลน์และการบรรยาย มีเอกสาร หนังสือ และสื่อวีดิทัศน์ประกอบ

4. การประเมิน

จัดประเมินโดยการสอบตามหมวดความรู้ทั้ง 5 หมวด

5. ผู้เข้ารับการอบรม

แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมในชั้นปีที่ 1 หรือแพทย์ที่กำลังจะเข้ารับการฝึกอบรมทางศัลยกรรม

ผนวก 3 หลักสูตร ฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
Advanced Trauma Life Support (ATLS) ของ American College of Surgeons

1. ชื่อหลักสูตร

การฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

Advanced Trauma Life Support (ATLS)

(ของวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา)

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

อนุกรมการฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

Advanced Trauma Life Support (ATLS)

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

3. วัตถุประสงค์

หลักสูตรการฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ของวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ได้เข้าใจถึงการประเมินอุบัติเหตุและการให้การดูแลรักษาเบื้องต้นสำหรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เนื้อหาและทักษะในเอกสารประกอบการฝึกอบรมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์สามารถให้การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บในชั่วโมงแรกหลังจากได้รับอุบัติเหตุ

เมื่อจบการฝึกอบรมแล้ว ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถที่จะ

1. เข้าใจถึงหลักการในการประเมินผู้บาดเจ็บทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ
2. สามารถจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษาเมื่อมีผู้บาดเจ็บ
3. สามารถให้การดูแลรักษาที่จำเป็นสำหรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ภายในชั่วโมงแรก
4. สามารถสาธิตให้เห็นความสามารถในทักษะต่างๆ (ในเหตุการณ์จำลอง) ที่ใช้ในการประเมินและการรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายชนิด
5. สามารถดำเนินการ ส่งต่อผู้บาดเจ็บไปยังศูนย์อุบัติเหตุขั้นสูง ตามหลักการของ ATLS

5. ขอบเขตเนื้อหา

เนื้อหาของหลักสูตรของโครงการการฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (ของวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา) ประกอบด้วย

1. วัตถุประสงค์ ประวัติ และแนวคิด
2. การประเมินและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
3. การดูแลทางเดินหายใจและการหายใจ

4. ภาวะช็อก
5. การบาดเจ็บของทรวงอก
6. การบาดเจ็บของช่องท้อง
7. การบาดเจ็บที่ศีรษะ
8. การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลัง
9. การบาดเจ็บที่แขนขา
10. การบาดเจ็บจากไฟไหม้น้ำร้อนลวกและความเย็น
11. การบาดเจ็บในเด็ก
12. การบาดเจ็บในผู้มีครรภ์
13. การบาดเจ็บในผู้สูงอายุ
14. การรักษาภาวะให้คงที่และการขนส่งเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ
15. เอกสารความรู้เพิ่มเติมในเรื่องต่างๆ

6. เป้าหมาย

โครงการการฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (Advanced Trauma Life Support ของ American College of Surgeons) มีเป้าหมายเพื่อให้ศัลยแพทย์และแพทย์ทุกคนที่ให้บริการต่อผู้บาดเจ็บ มีวิธีดำเนินการที่ปลอดภัยและเชื่อถือได้ในการให้การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บอย่างทันท่วงที และมีความรู้พื้นฐานที่จำเป็นในการ

1. ประเมินภาวะของผู้บาดเจ็บได้อย่างรวดเร็วและแน่นอน
2. ให้การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บและทำให้อาการตึงที่โดยถือหลักอันดับความเร่งด่วน
3. ทราบว่าอาการบาดเจ็บของผู้ป่วยเกินขีดความสามารถของสถานพยาบาลนั้นๆหรือไม่
4. ดำเนินการย้ายผู้บาดเจ็บไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเพียงพอ
5. สามารถให้ความมั่นใจได้ว่าจะมีการให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมทุกขั้นตอน

7. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เมื่อจบการฝึกอบรมแล้ว ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถที่จะ

1. เข้าใจถึงหลักการในการประเมินผู้บาดเจ็บทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ
2. สามารถจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้การดูแลรักษาเมื่อมีผู้บาดเจ็บ
3. สามารถให้การดูแลรักษาที่จำเป็นสำหรับภาวะฉุกเฉินที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ภายในชั่วโมงแรก
4. สามารถสาธิตให้เห็นความสามารถในทักษะต่างๆ (ในเหตุการณ์จำลอง) ที่ใช้ในการประเมินและการรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายชนิด
5. สามารถดำเนินการ ส่งต่อผู้บาดเจ็บไปยังศูนย์อุบัติเหตุขั้นสูง ตามหลักการของ ATLS

8. สถานที่จัดการฝึกอบรม

คณะกรรมการโครงการฯ ได้ดำเนินการเตรียมสถาบันที่สามารถจัดฝึกอบรมในภาคต่างๆของประเทศ ทั้งโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์ในส่วนภูมิภาค อาทิเช่น

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
 โรงพยาบาลตำรวจ
 โรงพยาบาลราชวิถี
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
 โรงพยาบาลกรุงเทพ
 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
 โรงพยาบาลชลบุรี

9. ระยะเวลาการฝึกอบรม และตารางกำหนดการอบรม

สำหรับหลักสูตรนักเรียน

-ระยะเวลาการฝึกอบรม เป็นเวลาครั้งละ 3 วัน
 -กำหนดการอบรมปีละประมาณ 30 ครั้ง แต่แต่ละครั้งรับผู้เข้าฝึกอบรม
 ได้ 16 คน
 -ในเวลา 1 ปี สามารถฝึกอบรมได้ประมาณ 320 คน

หลักสูตรสำหรับการเป็นวิทยากร

-ระยะเวลาการฝึกอบรม 3วัน ครั้งละ 9 คน จัดปีละ 2 ครั้ง

10. ผู้เข้ารับการฝึกอบรม จำนวนและคุณสมบัติ

ผู้ที่สามารถเข้ารับการฝึกอบรม ได้แก่ แพทย์ทุกสาขาวิชาที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั่วประเทศในโรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุทั้ง 28 แห่ง และศัลยแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน

11. วิธีดำเนินการฝึกอบรม

คณะทำงานฯ โครงการการฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ของราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการโครงการ ผู้ประสานงาน นักการศึกษา และครูผู้สอน (วิทยากร) ดำเนินการฝึกอบรมตามหลักสูตรของ การฝึกอบรมขั้นสูงเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ของ วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา

12. วิทยากร

ประกอบด้วยผู้อำนวยการโครงการและคณะกรรมการ ผู้ประสานงาน (Coordinator) นัก การศึกษา (Educator) วิทยากร (Instructor) ซึ่งได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรของวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่ง สหรัฐอเมริกา

ผนวก 4 หลักสูตรพื้นฐานการวิจัยทางศัลยศาสตร์ (Principle of Research in Surgery)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: อนุกรรมการฝ่ายวิจัยทางศัลยศาสตร์ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

สถานที่จัดการอบรม: อาคารอปร. คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์

หลักการและเหตุผล

หลักสูตรพื้นฐานการวิจัยทางศัลยศาสตร์ เป็นหลักสูตรที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยได้จัดทำขึ้นเพื่อปรับความรู้พื้นฐานแก่แพทย์ประจำบ้านที่เข้าอบรมเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญวุฒิบัตรศัลยศาสตร์

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย จัดอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ สาขาต่างๆ ให้มีความรู้ ความสามารถด้านศัลยกรรมและจะต้องมีแนวคิดทางด้านการวิจัยด้วย โดยกำหนดให้แพทย์ประจำบ้านต้องทำวิจัย 1 เรื่องในช่วงที่ฝึกอบรม

ผู้รับการอบรม

แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมในชั้นปีที่ 1 หรือแพทย์ที่กำลังจะเข้ารับการฝึกอบรมทางศัลยกรรม

การจัดการหลักสูตร

1. ระยะเวลาการอบรม 4 วัน
2. กระบวนการอบรมเป็น 2 หมวดได้แก่
 1. จัดอบรมการให้ความรู้ทางการวิจัย สำหรับศัลยแพทย์ทุกสาขา
 2. จัดให้มี Workshop ในช่วงของการจัดอบรมฯ
3. เนื้อหาการอบรมมีรายละเอียดเนื้อหาความรู้ และการจัดกิจกรรม workshop ดังนี้
 - Introduction to Research
 - Research question
 - Research design
 - Ethical Issues in biomedical research
 - Biostatistics 1
 - Biostatistics 2
 - Biostatistics 3
 - Biostatistics 4
 - Critical Appraisal

- Basic science research
- Descriptive Study & Research Design
- Cohort study
- Experimental Study (RCT, non-RCT)
- Health economics research
- Literature Search & Reference Management
- Evidence base medicine CPG
- Research Misconduct
- Systematic Review and Meta-analysis
- Effective presentation: poster and oral
- How to write a manuscript and publication
- การกรอกโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อบริหารงานวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน
- Proposal Writing
- Proposal Writing Workshop
- Proposal Presentation

4. วิธีการอบรม

จัดรูปแบบการเรียนรู้ทั้งแบบบรรยาย มีหนังสือ และสื่อวีดิทัศน์ประกอบ

การประเมินผล

- ผู้เข้ารับการอบรมต้องเข้าร่วมอบรมครบตามเวลา ทั้ง 2 หมวด
- จัดให้มีการสอบประเมินความรู้ก่อนการอบรม (pretest) และการประเมินความรู้หลังการอบรม (posttest)
- มอบประกาศนียบัตรเป็นหลักฐานสำหรับผู้ผ่านการอบรม

ผนวก 5 : Procedural Skills

เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งการผ่าตัดได้เองเมื่อผ่านการฝึกอบรม รวมทั้งการผ่าตัดได้เองเมื่อผ่านการฝึกอบรม แบ่งเป็น 2 ขั้นดังนี้

ระดับที่ 1 หัตถการที่แพทย์ประจำบ้านต้องทำได้ด้วยตนเอง

ระดับที่ 2 หัตถการที่แพทย์ประจำบ้านควรทำได้ (ทำภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ)

โดยระดับความสามารถในการทำหัตถการ แบ่งเป็น 5 ระดับ

- Level 1 : เข้าใจในกายวิภาคและกระบวนการสามารถช่วยผ่าตัดได้
- Level 2 : สามารถทำหัตถการดังกล่าวโดยมีผู้ควบคุม ชี้แนะโดยละเอียด
- Level 3 : สามารถทำหัตถการได้โดยอาศัยการแนะนำควบคุมเพียงเล็กน้อย
- Level 4 : สามารถทำหัตถการได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ควบคุม
- Level 5 : สามารถควบคุมชี้แนะผู้อื่นในการทำหัตถการได้

ทั้งนี้ หัตถการในระดับที่ 1 แบ่งระดับความสามารถในการทำหัตถการตามระดับชั้นปีได้ดังแสดงในตารางด้านล่าง หัตถการที่อนุญาตให้ทำได้เองนั้น ต้องได้รับการประเมินจากอาจารย์ผู้ควบคุมว่าสามารถทำได้ และอนุญาตให้ทำภายใต้ความชี้แนะของอาจารย์ โดยอาจารย์พร้อมให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

ตารางแสดง ชั้นปีที่แพทย์ประจำบ้าน ต้องทำ หรือ ควรทำ หัตถการนั้นได้

Group	Essential Procedures	ระดับที่ 1				ระดับที่ 2
		ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4	
Abdomen - General						
	1.Diagnostic laparoscopy	1	2	3	4	
	2.Intra-abdominal abscess - Drainage (including post-operative collection / abscess)	1	1	2-3	4	
Abdomen - Hernia						
	3.Indirect inguinal hernia, operation	1	2	3	4	

Group	Essential Procedures	ระดับที่ 1				ระดับที่ 2
	4.Direct inguinal hernia, operation	1	2	3	4	
	5.Laparoscopic inguinal herniorrhaphy	1	1	1	1-2	/
	6.Femoral hernia, operation	1	1	1-2	3-4	
	7.Ventral hernia, operation	1	1	1-2	3-4	
Abdomen - Biliary						
	8.Laparoscopic cholecystectomy	1	1	2-3	4	
	9.Open cholecystectomy	1	2	3	4	
	10.Cholecystostomy	1	2	3	4	
	11.Choledocho-enteric anastomosis	1	1-2	3	4	
	12.Choledochoscopy	1	2	3	4	
	13.Common bile duct exploration - Open	1	1	2	3-4	
	14.Bile Duct Injury-Acute repair	1	1	1	2	/
Abdomen - Liver						
	15.Liver cyst, operation	1	1	1	2-3	/
	16.Partial hepatectomy	1	1	2-3	3-4	
	17.Hepatic lobectomy	1	1	1	2	/
	18.Resection hilar cholangiocarcinoma	1	1	1	2	/
	19.Hepatic segmentectomy	1	1	1	2	/
	20.Hepatic wedge resection	1	1	2	2-3	
	21.Hepatic abscess - Drainage	1	2	3	4	
	22.Hepatic biopsy	1	2	3	4	
Abdomen - Pancreas						
	23.Pancreatic necrosectomy / Debridement	1	1	1	2-3	

Group	Essential Procedures	ระดับที่ 1				ระดับที่ 2
	24.Pancreatic pseudocyst - Drainage	1	1	1	2-3	
	25.Distal pancreatectomy	1	1	2	3-4	
	26.Pancreaticoduodenectomy (standard)	1	1	1	2-3	
Abdomen - Spleen						
	27.Splenectomy	1	2	3	4	
Alimentary tract - Stomach						
	28.Closure perforation / Gastroduodenal perforation - Repair	1	2	3	4-5	
	29.Gastrectomy - Partial / Total	1	2	2	3-4	
	30.Radical gastrectomy	1	1	1-2	2-3	/
	31.Gastrojejunostomy bypass	1	2	3	4	
	32.Gastrostomy	1	2	3-4	4-5	
	33.Vagotomy&pyloroplasty	1	1	1	2-3	
	34.Vagotomy&antrectomy	1	1	1	2-3	
	35.Parietal cell vagotomy	1	1	1	2	/
	36.Gastro-intestinal anastomosis	1	2	3	4-5	
Alimentary tract - Small intestine						
	37.Adhesiolysis (Lysis adhesion)	1	2	3	4-5	
	38.Entero-enterostomy	1	2	3-4	4-5	
	39.Enterostomy	1	2	3-4	4-5	
	40.Jejunostomy	1	2	3-4	4-5	
	41.Ileostomy	1	2	3-4	4-5	
	42.Ileostomy closure	1	1	2	3-4	
	43.Small intestinal resection / Anastomosis	1	2	3-4	4-5	

Group	Essential Procedures	ระดับที่ 1				ระดับที่ 2
Alimentary tract - Appendix						
	44.Appendectomy	2-3	4	4-5	4-5	
	45.Laparoscopic appendectomy	1	1	2	3-4	
Alimentary tract - Large intestine						
	46.Colostomy	1	2	3-4	4-5	
	47.Cecostomy	1	1	1	2	/
	48.Partial/segmental colectomy	1	1	2	3-4	
	49.Right hemicolectomy	1	1	2	3-4	
	50.Left hemicolectomy	1	1	1	2-3	
	51.Extended right hemicolectomy	1	1	1	2-3	
	52.Extended left hemicolectomy	1	1	1	2-3	
	53.Subtotal colectomy (with Ileorectal anastomosis / Ileostomy)	1	1	1	2-3	
	54.Total colectomy	1	1	1	2-3	
	55.Sigmoidectomy	1	1	2	3-4	
	56.Ceectomy	1	1	2	3-4	
	57.Colostomy closure	1	1	2	3-4	
Alimentary tract - Rectum						
	58.Anterior / Low anterior resection	1	1	2	3-4	
	59.Abdomino-perineal resection	1	1	1	2-3	
Alimentary tract - Hemorrhoid						
	60.Hemorrhoidectomy	1	2	3	4	
	61.Banding for internal hemorrhoid	1	2	3	4	

Group	Essential Procedures	ระดับที่ 1				ระดับที่ 2
	79.Thyroid lobectomy	1	1	2	3-4	
	80.Subtotal thyroidectomy	1	1	2	3-4	
	81.Near / Total thyroidectomy	1	1	2	3-4	
Skin and soft tissue						
	82.Skin / Soft tissue lesion - excisional or incisional biopsy	2	3	4	5	
	83.Soft tissue infection - Incision, drainage, debridement	2	3	4	5	
Surgical critical care - Catheter						
	84.Central venous catheter placement	1	2	3	4	
Surgical critical care						
	85.Compartment pressure (abdomen, extremity) - Measurement	2	3	4	5	
	86.Damage control laparotomy	1	2	3	4	
	87.Management of the open abdomen	1	2	3	4	
Trauma						
	88.Bladder Injury - Repair	1	1	2	2-3	/
	89.Duodenal Trauma - Management	1	1	2	2-3	
	90.Exploratory Laparotomy for trauma	1	2	3	4	
	91.Focused Abdominal Sonography for Trauma	2	3	4	5	
	92.Gastrointestinal Tract Injury - Repair	1	2	3	4	
	93.Hepatic Injury - Packing and Repair	1	1	2	3-4	
	94.Lower Extremity Fasciotomy	2	3	4	5	
	95.Neck Exploration for Injury	1	1	2-3	3-4	

Group	Essential Procedures	ระดับที่ 1				ระดับที่ 2
	96.Pancreatic Injury - Operation	1	1	2	2-3	
	97.Renal Injury - Repair/Resection	1	1	2	3-4	/
	98.Splenectomy/Splenorrhaphy	1	1	2-3	3-4	
	99.Temporary Closure of the Abdomen	2	3	4	5	
	100.Wounds, Major - Debride/Suture	2	3	4	5	
	101.Burn Debridement and Grafting of Major Burns	1	2	3	4	
Vascular - Arterial disease						
	102.Amputation - Below knee (BK)	1	2	3-4	4-5	
	103.Amputation - Above knee (AK)	1	2	3-4	4-5	
	104.Embolectomy - arterial	1	1	2	3-4	
	105.Thrombectomy - arterial	1	1	2	3	
	106.Ultrasound in the Diagnosis and Management of Vascular Diseases	1	2	3	4	
Vascular - Venous disease						
	107.Sclerotherapy - Peripheral Vein	1	2	3	4	
	108.Venous insufficiency / Varicose veins - Operation	1	1	2	3	
Vascular - Access						
	109.A-V fistula - Operation	1	1	2	2-3	
	110.A-V shunt	1	1	1	2	/
	111.Venous access devices - insertion	1	1	2	2	
Thoracic surgery						
	112.Chest tube placement and management	3	4	4	4-5	
	113.Exploratory thoracotomy	1	2	2-3	3-4	

Group	Essential Procedures	ระดับที่ 1				ระดับที่ 2
	114.Pericardial window	1	1	2	2-3	
Pediatric surgery						
	115.Inguinal hernia in childhood - Repair	1	2	2	2-3	
Plastic surgery						
	116.Complex Wound Closure	1	2	3	4	
	117.Skin Grafting	2	3	4	4-5	
Genitourinary surgery						
	118.Cystostomy	1	1	1	2	
	119.Hydrocelectomy	1	1	1	2	/
	120.Orchiectomy	1	1	1	2	/
	121.Nephrectomy	1	1	1	2-3	
Head and neck						
	122.Cricothyroidotomy	2	3	4	4	
	123.Cervical lymph node biopsy	1	2	3-4	4-5	
	124.Tracheostomy	1-2	3	4	4-5	
Gynecology						
	125.Hysterectomy	1	1	1	2	/
	126.Salpingo-oophorectomy	1	1	1	2	/

ผนวก 6 Good Surgical Practice

หลักสูตรการฝึกอบรม ศัลยปฏิบัติที่ดี (Good surgical practice)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : อนุกรรมการฝ่ายจริยธรรม ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

สถานที่จัดการอบรม : อาคารอปร. คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์

ระยะเวลาการฝึกอบรม : 2 วัน (มีการจัดการฝึกอบรม ปีละ 1 ครั้ง)

ผู้รับการฝึกอบรม : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1

รูปแบบการฝึกอบรม :

1. สอนบรรยาย
2. เอกสาร/หนังสือประกอบการฝึกอบรม
3. การซักถามอธิบายประเด็นข้อสงสัย ทั้งในส่วนของกิจกรรมการสอนในแต่ละหัวข้อและในหัวข้อที่เป็นรูปแบบของ panelist discussion

วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม:

1. เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์สามารถนำความรู้ที่ได้การฝึกอบรม ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (patient care) เช่น การตัดสินใจทางคลินิก การใช้ยาอย่างสมเหตุผล จริยธรรมทางการแพทย์ หลักการบริหารจัดการ ความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย และ จริยธรรมทางการแพทย์
2. เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้การฝึกอบรมศัลยปฏิบัติที่ดี ไปใช้ในการพัฒนาตนเองความรู้และทักษะหัตถการเวชกรรม (medical knowledge & procedural skills) สามารถทำเวชปฏิบัติได้อย่างครอบคลุมและ เหมาะสมกับบริบทของสาขาศัลยศาสตร์
3. เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์มีการพัฒนาทางด้านทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (interpersonal and communication skills) ทั้งการสื่อสารกับผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการบริหารองค์กร
4. เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์มีการเรียนรู้และการพัฒนาจากฐานการปฏิบัติ (practice-based learning and improvement) โดยสามารถปฏิบัติงาน แบบสหวิชาชีพหรือเป็นทีมได้ ทั้ง ศัลยแพทย์ แพทย์ ในทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
5. เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์มีความสามารถในการทำงานตามหลักวิชาชีพนิยม (professionalism) รวมทั้งคุณลักษณะของความเป็นผู้เรียนรู้ ตลอดชีวิต (continue medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพ ต่อเนื่อง (continue professional development)
6. เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์มีความสามารถในการทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (systems-based practice) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ ระบบพัฒนาคุณภาพการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยรวมทั้งการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม รวมถึง พฤติกรรมและสังคมศาสตร์ในบริบทของศัลยแพทย์ ปัญหาสุขภาพทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคปัจจุบัน

เนื้อหาการฝึกอบรม:

เนื้อหาการฝึกอบรมประกอบไปด้วย

1. การตัดสินใจทางคลินิก (clinical decision making)
2. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use)
3. ทักษะการสื่อสาร (communication skills)
4. จริยธรรมทางการแพทย์ (medical ethics)
5. การสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ (public health)
6. กฎหมายทางการแพทย์ (medical jurisprudence)
7. หลักการบริหารจัดการ (managerial disciplines)
8. ความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย (patient safety and right)
9. การดูแลสุขภาพทั้งกายและใจของแพทย์ (doctors' self-care)
10. การแพทย์ทางเลือกในบริบทของสาขาวิชา (the interface with complementary)
11. พฤติกรรมและสังคมศาสตร์ในบริบทของสาขาวิชา (behavioral and social sciences)
12. ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโลก (health problems related to environmental disruptions) เช่น วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โรค สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและอุบัติภัย

การวัดการประเมินผล:

1. ผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมการฝึกอบรม ครบตามระยะเวลากำหนด และการซักถามประเด็นข้อสงสัย
2. การประเมินผล โดยระบบการประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรมของแต่ละสถาบันฝึกอบรม ตั้งแต่ระหว่างการศึกษา และติดตามหลังจบการศึกษา โดยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ

หลักฐานแสดงการผ่านฝึกอบรม: ประกาศนียบัตรแสดงการผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมศัลยปฏิบัติที่ดี (certification in good surgical practice)

ผนวก 7 การรับรอง วุฒิบัตร สาขาศัลยศาสตร์ ให้มีคุณวุฒิ “เทียบเท่าปริญญาเอก”

การรับรองคุณวุฒิหรือวุฒิการศึกษา วุฒิบัตร (ว.ว.) สาขาศัลยศาสตร์ให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นั้นถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลและของแต่ละสถาบันฯ ที่ให้การฝึกอบรม โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของแต่ละสถาบันฯ ที่ให้การฝึกอบรมฯ และความสมัครใจของแพทย์ประจำบ้านแต่ละรายด้วย หากแพทย์ประจำบ้านมีความประสงค์ดังกล่าว ตนเองจะต้องแจ้งให้สถาบันฝึกอบรมฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนว่าจะรับการฝึกอบรมที่มีโอกาสได้รับทั้ง ว.ว. และการรับรองวุฒิดังกล่าวให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก” กรณีนี้ผู้เข้าอบรมจะต้องมีผลงานวิจัยโดยที่ เป็นผู้วิจัยหลัก และผลงานนั้นต้องตีพิมพ์ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับของอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ

ในกรณีที่สถาบันฝึกอบรมฯ ไม่สามารถจัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้มีการรับรองคุณวุฒิ ว.ว. “เทียบเท่าปริญญาเอก” ได้ สถาบันนั้นไม่มีสิทธิ์ที่จะไม่จัดการฝึกอบรมแบบที่มีการรับรองคุณวุฒิให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก” ได้ แต่สถาบันนั้นต้องแจ้งให้แพทย์ประจำบ้านทราบตั้งแต่วันเริ่มเปิดรับสมัครเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านไปจนถึงวันที่เริ่มเปิดการฝึกอบรม ในกรณีที่สถาบันฝึกอบรมฯใดต้องการให้มีการรับรอง ว.ว. ให้มีคุณวุฒิดังกล่าว แต่มีทรัพยากรจำกัด สถาบันฝึกอบรมฯ นั้นสามารถติดต่อขอความร่วมมือจากอาจารย์และทรัพยากรจากสถาบันฝึกอบรมฯ อื่นมาช่วยได้

การที่แพทย์ประจำบ้านสอบผ่านและมีสิทธิ์ได้รับวุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์แล้ว หากมีความประสงค์จะให้ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ดำเนินการออกเอกสารเพื่อรับรองว่าวุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์ มีคุณวุฒิ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นั้น จะต้องทำให้ผลงานวิจัยหรือส่วนหนึ่งของผลงานวิจัยที่ส่งมาให้ราชวิทยาลัยฯ ประกอบการเข้าสอบ ว.ว. ในครั้งนั้น มีลักษณะดังนี้

1. ผลงานวิจัยต้องได้รับการตีพิมพ์หรืออย่างน้อยได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติหรือนานาชาติที่มีคุณภาพตามประกาศคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาวารสารทางวิชาการ สำหรับการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

2. ให้ใช้ภาษาอังกฤษในการเขียนบทคัดย่อ

การตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติหรือนานาชาติที่มีคุณภาพที่อยู่นอกเหนือประกาศของ Thai Citation Index Center (TCI) ให้เป็นบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่ถูกคัดเลือกให้อยู่ใน PubMed, Scopus, Web of Science หรือ Google Scholar หรือในวารสารนานาชาติที่ใช้ภาษาอังกฤษในบทความหรือในบทคัดย่อและมีการตีพิมพ์วารสารฉบับนี้มานานเกิน 10 ปี (วารสารเริ่มออกอย่างช้าในปี พ.ศ. 2549 หรือ ค.ศ. 2006)

ในกรณีที่ ว.ว. ของศัลยแพทย์ได้รับการรับรองว่า “เทียบเท่าปริญญาเอก” แล้วนั้นราชวิทยาลัยฯ ขอแนะนำว่า ห้ามใช้คำว่า Ph.D. หรือ ปร.ด. ท้ายชื่อในคุณวุฒิ หรือวุฒิการศึกษา และห้ามเขียนคำว่า ดร. นำหน้าชื่อตนเอง แต่สถาบันการศึกษาสามารถใช้ ว.ว. ที่ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นี้ มาใช้ให้ศัลยแพทย์เป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรการศึกษา อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตรการศึกษา อาจารย์คุม

วิทยานิพนธ์ หรือเป็นวุฒิการศึกษาประจำสถานศึกษาได้ โดยเสนอให้สถาบันการศึกษาแสดงวุฒิการศึกษา แยกกันดังนี้

- มีอาจารย์ “เทียบเท่าปริญญาเอก” จำนวนกี่ท่าน จาก ว.ว.
- มีอาจารย์ “Ph.D.หรือ ประ.ด. หรือ ปริญญาเอก” จำนวนกี่ท่าน

ดังนั้น วุฒิบัตรฯ หรือ หนังสืออนุมัติฯ ของท่านที่ได้รับการรับรองวุฒิการศึกษานี้ อาจจะมีคำว่า “เทียบเท่าปริญญาเอก” ต่อท้ายได้เท่านั้น

1. ขอบเขตความรับผิดชอบ

เนื่องจากความสามารถในการทำวิจัยด้วยตนเอง เป็นสมรรถนะหนึ่งที่แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ ต้องบรรลุตามหลักสูตรฯ และผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการประเมินคุณสมบัติผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรฯเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม ดังนั้น คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมให้กับแพทย์ประจำบ้านตั้งแต่การเตรียมโครงร่างการวิจัย ไปจนสิ้นสุดการทำงานวิจัยและจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อนำส่งราชวิทยาลัยฯ

2. คุณลักษณะของงานวิจัย (เป็นไปตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย)

1. เป็นผลงานที่ริเริ่มใหม่ หรือเป็นงานวิจัยที่ใช้แนวคิดที่มีการศึกษามาก่อนทั้งในและต่างประเทศแต่นำมาดัดแปลงหรือทำซ้ำในบริบทของประเทศไทย
2. แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ผู้ดำเนินงานวิจัยทุกคน ควรผ่านการอบรมด้านจริยธรรมการวิจัยในคน และ Good clinical practice (GCP)
3. งานวิจัยทุกเรื่องต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯของสถาบัน
4. งานวิจัยทุกเรื่อง ควรดำเนินการภายใต้ข้อกำหนดของ GCP หรือระเบียบวิจัยที่ถูกต้องและเหมาะสมกับคำถามวิจัย
5. เป็นในรูปแบบนิพนธ์ต้นฉบับซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ หรือเป็นในรูปรายงานฉบับสมบูรณ์ตามรูปแบบที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยฯ
6. ผลงานวิจัยได้รับการนำเสนอเป็นภาษาอังกฤษในที่ประชุมวิชาการของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย การประชุมของสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย หรือการประชุมวิชาการทางศัลยศาสตร์นานาชาติอื่นๆซึ่งอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯเห็นชอบและรับรอง

3. สิ่งที่ต้องปฏิบัติสำหรับการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นไปตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

1. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้วต้องดำเนินการทำวิจัยตามข้อตกลงโดยเคร่งครัด
2. เมื่อมีการลงนามในเอกสารชี้แจงผู้ป่วยหรือผู้แทนเพื่อให้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ต้องให้สำเนาแก่ผู้ป่วยหรือผู้แทนเก็บไว้ 1 ชุด

3. ให้ระบุในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในถึงสถานะการเข้าร่วมงานวิจัยของผู้ป่วย
4. การตรวจหรือรักษาเพิ่มเติมจากโครงการวิจัยที่ผ่านการอนุมัติแล้ว โดยการกระทำดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยตามปกติ ไม่สามารถทำได้ไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น ยกเว้นได้มีการระบุและอนุมัติในโครงการวิจัยแล้วและผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัยต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
5. กรณีที่โครงการวิจัยกำหนดให้ทำการตรวจหรือรักษาที่เพิ่มเติมจากการดูแลรักษาผู้ป่วยตามปกติ หากมีผลลัพธ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อประโยชน์ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้ดำเนินการแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเพื่อวางแผนแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบต่อไป
6. หากเกิดกรณีอื่นนอกเหนือการคาดการณ์ ให้รีบปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรณีที่ไม่สามารถปรึกษาได้ ให้ย้อนกลับไปใช้หลักพื้นฐาน 3 ข้อของจริยธรรมทางการแพทย์ในการตัดสินใจ คือ
 - i. การถือประโยชน์สุขของผู้ป่วยเป็นหลัก และการไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย
 - ii. การเคารพสิทธิของผู้ป่วย
 - iii. การยึดมั่นในหลักความเสมอภาคของทุกคนในสังคมที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ตามมาตรฐาน

4. การรับรอง วุฒิบัตร สาขาศัลยศาสตร์ ให้มีคุณวุฒิ “เทียบเท่าปริญญาเอก”

การรับรองคุณวุฒิหรือวุฒิการศึกษา วุฒิบัตร (ว.ว.) สาขาศัลยศาสตร์ให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นั้นถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลและของแต่ละสถาบันฯ ที่ให้การฝึกอบรม โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของแต่ละสถาบันฯ ที่ให้การฝึกอบรมฯ และความสมัครใจของแพทย์ประจำบ้านแต่ละรายด้วย หากแพทย์ประจำบ้านมีความประสงค์ดังกล่าว ตนเองจะต้องแจ้งให้สถาบันฝึกอบรมฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนว่าจะรับการฝึกอบรมที่มีโอกาสได้รับทั้ง ว.ว. และการรับรองวุฒิดังกล่าวให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก” กรณีนี้ผู้เข้าอบรมจะต้องมีผลงานวิจัยโดยที่ เป็นผู้วิจัยหลัก และผลงานนั้นต้องตีพิมพ์ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับของอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ

ในกรณีที่สถาบันฝึกอบรมฯ ไม่สามารถจัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อให้มีการรับรองคุณวุฒิ ว.ว. “เทียบเท่าปริญญาเอก” ได้ สถาบันนั้นก็มีสิทธิ์ที่จะไม่จัดการฝึกอบรมแบบที่มีการรับรองคุณวุฒิให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก” ได้ แต่สถาบันนั้นต้องแจ้งให้แพทย์ประจำบ้านทราบตั้งแต่วันเริ่มเปิดรับสมัครเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านไปจนถึงวันที่เริ่มเปิดการฝึกอบรม ในกรณีที่สถาบันฝึกอบรมฯ ใดต้องการให้มีการรับรอง ว.ว. ให้มีคุณวุฒิดังกล่าว แต่มีทรัพยากรจำกัด สถาบันฝึกอบรมฯ นั้นสามารถติดต่อขอความร่วมมือจากอาจารย์และทรัพยากรจากสถาบันฝึกอบรมฯ อื่นมาช่วยได้

การที่แพทย์ประจำบ้านสอบผ่านและมีสิทธิ์ได้รับวุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์แล้ว หากมีความประสงค์จะให้ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ดำเนินการออกเอกสารเพื่อรับรองว่าวุฒิบัตรสาขาศัลยศาสตร์ มี

คุณวุฒิ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นั้น จะต้องทำให้ผลงานวิจัยหรือส่วนหนึ่งของผลงานวิจัยที่ส่งมาให้ราชวิทยาลัยฯ ประกอบการเข้าสอบ ว.ว. ในครั้งนั้น มีลักษณะดังนี้

1. ผลงานวิจัยต้องได้รับการตีพิมพ์หรืออย่างน้อยได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติหรือนานาชาติที่มีคุณภาพตามประกาศคณะกรรมการการอุดมศึกษา เรื่อง หลักเกณฑ์การพิจารณาวารสารทางวิชาการ สำหรับการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

2. ให้ใช้ภาษาอังกฤษในการเขียนบทความ

การตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติหรือนานาชาติที่มีคุณภาพที่อยู่นอกเหนือประกาศของ TCI ให้เป็นบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่ถูกคัดเลือกให้อยู่ใน PubMed, Scopus, Web of Science หรือ Google Scholar หรือในวารสารนานาชาติที่ใช้ภาษาอังกฤษในบทความหรือในบทความย่อและมีการตีพิมพ์วารสารฉบับนี้มานานเกิน 10 ปี (วารสารเริ่มออกอย่างช้าในปี พ.ศ. 2549 หรือ ค.ศ.2006)

ในกรณีที่ ว.ว. ของสสยแพทยได้รับการรับรองว่า “เทียบเท่าปริญญาเอก” แล้วนั้นราชวิทยาลัยฯ ขอแนะนำว่า ห้ามใช้คำว่า Ph.D. หรือ ประ.ด. ท้ายชื่อในคุณวุฒิ หรือวุฒิการศึกษา และห้ามเขียนคำว่า ดร. นำหน้าชื่อตนเอง แต่สถาบันการศึกษาสามารถใช้ ว.ว. ที่ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นี้ มาใช้ให้สสยแพทยเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรการศึกษา อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตรการศึกษา อาจารย์คุมวิทยานิพนธ์ หรือเป็นวุฒิการศึกษาประจำสถานศึกษาได้ โดยเสนอให้สถาบันการศึกษาแสดงวุฒิการศึกษาแยกกันดังนี้

- มีอาจารย์ “เทียบเท่าปริญญาเอก” จำนวนกี่ท่าน จาก ว.ว.
- มีอาจารย์ “Ph.D.หรือ ประ.ด. หรือ ปริญญาเอก” จำนวนกี่ท่าน

ดังนั้น วุฒิบัตรฯ หรือ หนังสืออนุมัติฯ ของท่านที่ได้รับการรับรองวุฒิการศึกษานี้ อาจจะมีคำว่า “เทียบเท่าปริญญาเอก” ต่อท้ายได้เท่านั้น

ผนวกที่ 8 กรอบกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อถือไว้ใจได้ (Entrustable Professional Activities; EPA)

Entrustable Professional Activity: EPA for surgical resident training			
EPA	DOC	Learning experience	Evaluation
EPA1. การดูแลผู้ป่วยนอก (Out patient) ในโรคทางศัลยกรรม	PC1 ให้การดูแลผู้ป่วยนอก วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม MK1 ใช้ความรู้ในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย ให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง การป้องกันโรค และการฟื้นฟูร่างกายหลังกายผ่าตัด PS1 ทำหัตถการ หรือการผ่าตัดโรคในผู้ป่วยนอก (Out patient) ได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย IPCS1 สามารถสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วย และญาติได้อย่างเหมาะสม ให้ความเมตตา เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย SBP1. เข้าใจข้อจำกัดการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งตรวจวินิจฉัยเหมาะสมตามความจำเป็น และเข้าใจระบบสิทธิ์การรักษาตามระบบสุขภาพของประเทศ	- จัดให้มีตารางออกตรวจผู้ป่วยนอกของแพทย์ประจำบ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยภายใต้การกำกับของอาจารย์ - กำหนดความยากง่ายซับซ้อนของโรคเพิ่มขึ้นตามระดับชั้นปี - จัดให้มีตารางเวรผ่าตัด OR minor หรือ หัตถการสำหรับผู้ป่วยนอกของแพทย์ประจำบ้านอย่างสม่ำเสมอ โดยภายใต้การกำกับของอาจารย์ - กำหนดความยากง่ายซับซ้อนของโรคเพิ่มขึ้นตามระดับชั้นปี	1. การประเมินประจำเดือนโดยอาจารย์ผู้ดูแล 2. การประเมินการปฏิบัติโดยผู้ร่วมงานแบบประเมิน 360 3. ประเมินความรู้โดยการสอบข้อเขียน in-training examination 4. การประเมินโดย work place base assessment เช่น DOPS, MiniCEX 5.แบบบันทึกหัตถการ Logbook, Portfolio

EPA2. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยทางศัลยกรรม (Common surgical problem)	PC2, Pre-operative period: ให้การดูแลผู้ป่วยโรคที่พบบ่อย วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม MK2, Pre-operative period: ใช้ความรู้ในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย ให้การวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยได้อย่างถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง การป้องกันโรค และการฟื้นฟูร่างกายหลังกายผ่าตัด PS2, Intra-operative period: ทำหัตถการ หรือการผ่าตัดโรคในผู้ป่วยโรคที่พบบ่อย ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และครบถ้วนตามกำหนดใน essential procedure PBLI1, Post-operative period: สามารถรายงานผู้ป่วย รวมปรึกษา แสดงความคิดเห็นและเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้รักษา และอาจารย์ PF1. สามารถสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วย และญาติได้อย่างเหมาะสม ให้ความเมตตา เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมและการทำ informed-consent เพื่อการผ่าตัดอย่างเหมาะสม SBP2. เข้าใจข้อจำกัดการการดูแล	- การแบ่งสายการปฏิบัติตามชั้นปีในส่วนที่เป็น Core rotation ตามเกณฑ์ข้อกำหนดของรพศท. โดยเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรมได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยโรคที่พบบ่อย - กำหนดภาระงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมหรือสายปฏิบัติงาน กำกับโดยแพทย์ประจำบ้านชั้นที่สูงกว่า และอาจารย์แพทย์ - กำหนดระดับหัตถการตามชั้นปี (Level of competency) มีประสบการณ์ทั้งที่ได้เคยดู เคยช่วยและทำได้ด้วยตนเอง ในส่วน common surgical disease ในการผ่าตัดแบบ elective case - จัดให้มีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษา การเรียนรู้จากผู้ป่วยจริง (bedside teaching) ในแผนกผู้ป่วยใน (ward round) - จัดกิจกรรมวิชาการที่มีความหลากหลายที่ครอบคลุมเนื้อหาและประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (Practice-base learning)	1. การประเมินประจำเดือนโดยอาจารย์ผู้ดูแล 2. การประเมินการปฏิบัติโดยผู้ร่วมงานแบบประเมิน 360 3. ประเมินความรู้โดยการสอบข้อเขียน in-training examination 4. การประเมินการนำเสนอกิจกรรมวิชาการ การรายงานผู้ป่วย (Preoperative round, Interesting case, Ethic conference) หรือการร่วมแสดงความเห็น 5. การประเมินโดย PBA หัตถการ essential procedure 6.แบบบันทึกหัตถการ Logbook, Portfolio ครบตามเกณฑ์ระดับชั้นปี 7. การประเมินโดยการสอบ MCQ, MEQ หรือ CREQ
---	--	---	---

EPA3. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม (Emergency/ Acute surgical care)	PC3, Pre-operative period: ให้การดูแลผู้ป่วยโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม (Emergency/ Acute surgical care) วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม MK3, Pre-operative period: ใช้ความรู้ในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย ให้การวินิจฉัยโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม (Emergency/ Acute surgical care) ได้อย่างถูกต้อง PS3, Intra-operative period: ทำหัตถการ หรือการผ่าตัดโรคในผู้ป่วยโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม (Emergency/ Acute surgical care) ได้อย่างถูกต้องปลอดภัย และครบถ้วนตามกำหนดใน essential procedure	- การแบ่งสายการปฏิบัติตามชั้นปีในส่วนที่เป็น Core rotation ตามเกณฑ์ข้อกำหนดของรพศ. โดยเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรมได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน - กำหนดภาระงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมหรือสายปฏิบัติงาน กำกับโดยแพทย์ประจำบ้านชั้นที่สูงกว่า และอาจารย์แพทย์ - กำหนดระดับหัตถการตามชั้นปี (Level of competency) มีประสบการณ์ทั้งที่ได้เคยดู เคยช่วยและทำได้ด้วยตนเอง ในส่วน Emergency/ Acute surgical care - จัดให้มีการปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามความเหมาะสม ภายใต้ข้อกำหนดของรพศ. /แพทย์	1. การประเมินประจำเดือนโดยอาจารย์ผู้ดูแล 2. การประเมินการปฏิบัติโดยผู้ร่วมงานแบบประเมิน 360 3. ประเมินความรู้โดยการสอบข้อเขียน in-training examination 4.การประเมินการนำเสนอกิจกรรมวิชาการ การรายงานผู้ป่วย (Admission report, morbidity and mortality conference, Ethic conference) หรือการร่วมแสดงความเห็น
---	--	---	---

	PBLI2, Post-operative period: สามารถรายงานผู้ป่วย รวมปรึกษา แสดงความคิดเห็นและเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้รักษา และอาจารย์ในการดูแลผู้ป่วย ดูกเงิน PF2. สามารถสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วย หรือญาติได้อย่างเหมาะสม ให้ ความเมตตา เคารพการตัดสินใจ ของผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยแบบองค์ รวม แจ้งข้อมูลผลที่ไม่พึงประสงค์ ขาวร้าย และการทำ informed-consent เพื่อการผ่าตัดอย่าง เหมาะสม SBP3. เข้าใจข้อจำกัดการการดูแล รักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน การ ตัดสินใจการการรักษาผู้ป่วยใน ภาวะฉุกเฉิน และระบบการส่งต่อ ระบบสิทธิ์การรักษาตามระบบ สุขภาพของประเทศ	-จัดกิจกรรมวิชาการที่มีความ หลากหลายที่ครอบคลุมเนื้อหา และประสบการณ์การเรียนรู้โดย ใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (Practice-base learning)	5. การประเมินโดย PBA หัตถการ essential procedure 6. แบบบันทึกหัตถการ Logbook, Portfolio ครบตามเกณฑ์ระดับชั้น ปี 7. การประเมินโดยการ สอบ MCQ, MEQ หรือ CREQ
--	--	---	---

EPA4. การดูแลรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma)	PC4, Pre-operative period: ให้การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma) วางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม MK4, Pre-operative period: นำความรู้มาใช้ในการประเมินดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma) ทั้งในระยะเริ่มแรกและการให้การรักษจำเพาะของการบาดเจ็บของอวัยวะ PS4, Intra-operative period: ทำหัตถการ หรือการผ่าตัดโรคในผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma) ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย และครบถ้วนตามกำหนดใน essential procedure PBLI3, Post-operative period: สามารถรายงานผู้ป่วย รวมปรึกษา แสดงความคิดเห็นและเรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมผู้รักษา และอาจารย์ในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma)	- การแบ่งสายการปฏิบัติตามชั้นปีในส่วนที่เป็น Core rotation ตามเกณฑ์ข้อกำหนดของรพศท. โดยเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรมได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma) - กำหนดภาระงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การทำงานเป็นทีมหรือสายปฏิบัติงาน กำกับโดยแพทย์ประจำบ้านชั้นที่สูงกว่า และอาจารย์แพทย์ - กำหนดระดับหัตถการตามชั้นปี (Level of competency) มีประสบการณ์ทั้งที่ได้เคยดู เคยช่วยและทำได้ด้วยตนเอง ในส่วน ศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma) - จัดให้มีการปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma) หรือการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ตามความเหมาะสม ภายใต้ข้อกำหนดของรพศท. / แพทยสภา	1. การประเมินประจำเดือนโดยอาจารย์ผู้ดูแล 2. การประเมินการปฏิบัติโดยผู้ร่วมงานแบบประเมิน 360 3. ประเมินความรู้โดยการสอบข้อเขียน in-training examination 4. การประเมินการนำเสนอกิจกรรมวิชาการ การรายงานผู้ป่วย (Admission report, morbidity and mortality conference, Trauma audit) หรือการร่วมแสดงความเห็น 5. การประเมินโดย PBA หัตถการ essential procedure 6. ประกาศนียบัตรการผ่านหลักสูตร ATLS
---	---	--	--

	PF3. สามารถสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วยหรือญาติได้อย่างเหมาะสม ให้ความเมตตา เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม แจ้งข้อมูลผลที่ไม่พึงประสงค์ ข่าวร้าย และการทำ informed-consent เพื่อการผ่าตัดอย่างเหมาะสม SBP4. เข้าใจข้อจำกัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทางศัลยกรรม (Trauma) การตัดสินใจการการักษาผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน และระบบการส่งต่อ	- จัดกิจกรรมวิชาการที่มีความหลากหลายที่ครอบคลุมเนื้อหาและประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (Practice-based learning) - กำหนดให้มีการผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ป่วยอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ Advanced Trauma Life Support : ATLS ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 หรือ 2	7.แบบบันทึกหัตถการ Logbook, Portfolio ครบตามเกณฑ์ระดับชั้นปี 8.การประเมินโดยการสอบ MCQ, MEQ หรือ CREQ
--	---	---	---

Domain of competency: DOC	code
Pateint care	PC
Medical knowledge	MK
Procedural skills	PS
Interpersonal and communication skills	IPCS
Practice- based learning and improvement	PBLI
Professionalism	PF
Continue medical education and continue professional development	CME & PD
Systems- based practice	SBP

Entrustable Professional Activity: EPA for surgical resident training

EPA	DOC								Expected level of entrustment				
	PC	MK	PS	IPCS	PBLI	PF	CME&PD	SBP	1	2	3	4	5
Outpatient	/	/	/	/	/	/		/	มีความรู้ขั้นพื้นฐานแต่ยังต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	มีความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนขึ้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีประสบการณ์น้อยกว่าได้
Common surgical disease	/	/	/	/	/	/		/	มีความรู้ขั้นพื้นฐานแต่ยังต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	มีความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนขึ้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีประสบการณ์น้อยกว่าได้
Acute surgical care	/	/	/	/	/	/		/	มีความรู้ขั้นพื้นฐานแต่ยังต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	มีความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนขึ้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีประสบการณ์น้อยกว่าได้
Trauma	/	/	/	/	/	/		/	มีความรู้ขั้นพื้นฐานแต่ยังต้องการการควบคุมอย่างใกล้ชิด	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	มีความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนขึ้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล	มีความรู้ความเข้าใจโรคที่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องกำกับดูแล และควบคุมผู้มีประสบการณ์น้อยกว่าได้
EPA milestone										ระดับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	ระดับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	ระดับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	ระดับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4

ผนวก 9 : ใบประเมินต่างๆ

ตารางแสดง PBA ที่ใช้ประเมินในแต่ละชั้นปี (เลือก 4 ใน 6 หัวข้อในแต่ละปีในการผ่านเกณฑ์)

Operation	ปี 1	ปี 2	ปี 3	ปี 4
1. Appendectomy	✓			
2. Debridement	✓			
3. Excision soft tissue mass	✓			
4. FAST	✓			
5. Ray amputation	✓			
6. Fasciotomy	✓			
1. Inguinal hernia		✓		
2. Gastroscope		✓		
3. Peptic ulcer perforation		✓		
4. Colonoscope		✓		
5. Major extremities amputation		✓		
1. Open cholecystectomy			✓	
2. Mastectomy and axillary lymph node staging			✓	
3. Intestinal anastomosis			✓	
4. feeding ostomy			✓	
5. Thyroid lobectomy			✓	
1. Liver Resection				✓
2. Embolectomy or Vascular Repair/ anastomosis				✓
3. Gastrectomy				✓
4. Laparoscopic cholecystectomy				✓
5. Colectomy				✓

ผนวก 10 : อาจารย์ที่ปรึกษาประจำสาย

สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป G.1

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	รศ.นพ.เมธี	สุธีรศานต์
	ผศ.พญ.เอธยา	วรสิทธิ์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	รศ.นพ.วิภูษิต	แต่สมบัติ
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	รศ.นพ.บัณชुर	นนทสุติ
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4	รศ.นพ.พงศ์รัตน์	ศิริจินดากุล

สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป G.2 และ Trauma

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	อ.นพ.ณฐวรรธ	นฤพนธ์จิรกุล
	อ.นพ.อภิรักษ์	อุทัยไพศาลวงศ์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	ผศ.นพ.พสุเชษฐ์	สมร
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	ศ.นพ.ศุภฤกษ์	ปรีชายุทธ
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4	รศ.พญ.สุกัญญา	ศรีอัมภาพร

สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป G.3

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	อ.พญ.ฐิติพร	ชอบอารมณ์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	ผศ.นพ.กฤษณ์	กิตติสิน
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	รศ.นพ.ศุภอัฐ	พึงพาพงศ์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4	รศ.นพ.ชฎิล	ธาระเวช

สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป G.4

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	อ.พญ.วรรณฐา	วัชรชาติย์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	รศ.พญ.กษยา	ตันติผลาชีวะ
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	อ.นพ.ภูมิจิ	วงศ์วัฒนกิจ
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4	ผศ.นพ.มาวิน	วงศ์สายสุวรรณ

สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1	อ.นพ.ธัชชัย	เจริญศิลาวาทย
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2	ผศ.นพ.สุกิจ	ภัทรเจียรพันธุ์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3	อ.นพ.ฐิติเทพ	ลิ้มวรพิทักษ์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 4	อ.นพ.ประพนธ์	กาญจนศิลป์

ผนวก 11 : สิทธิการลา

แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิการลาตามประมวลระเบียบสภาวิชาชีพ ว่าด้วย การบริหารงานบุคลากร ชั่วคราวสภาวิชาชีพ พ.ศ.2544 หมวด 5 การลาของบุคลากรชั่วคราวสภาวิชาชีพ

ข้อ 19 บุคลากรชั่วคราวสภาวิชาชีพมีสิทธิลาโดยได้รับค่าจ้างระหว่างลา ซึ่งแบ่งประเภทของการลาได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

- (1) การลาป่วย
- (2) การลาค่อดบุตร
- (3) การลาพักผ่อนประจำปี
- (4) การลาเข้ารับการระดมพล เข้ารับการฝึกวิชาทหาร เข้ารับการทดลองความพร้อม หรือเข้ารับการตรวจเลือกเพื่อเข้ารับราชการทหาร

ข้อ 20 กรณีเริ่มเข้าปฏิบัติงานในปีแรก และมีระยะเวลาตามคำสั่งจ้างเกินกว่า 6 เดือน บุคลากรชั่วคราวมีสิทธิลาป่วยโดยได้รับค่าจ้างปีหนึ่งไม่เกิน 8 วันทำการ และในปีถัดไปบุคลากรชั่วคราวซึ่งจ้างไว้ปฏิบัติงานต่อเนื่องมีสิทธิลาป่วยโดยได้รับค่าจ้างอัตราปกติระหว่างลาปีหนึ่งไม่เกิน 15 วันทำการ

เว้นแต่บุคลากรชั่วคราวผู้ใดที่มีระยะเวลาตามคำสั่งจ้างไม่ครบ 6 เดือน ไม่อยู่ในข่ายได้รับสิทธิดังกล่าว

ข้อ 21 บุคลากรชั่วคราวที่จ้างต่อเนื่องในปีที่ 2 และปีต่อไป ให้ลาเนื่องจากค่อดบุตรได้ 90 วัน และมีสิทธิได้รับค่าจ้างระหว่างลาจากสภาวิชาชีพไม่เกิน 60 วัน ทั้งนี้ ปีแรกที่เริ่มเข้าปฏิบัติงานต้องมีระยะเวลาปฏิบัติงานจริงครบ 7 เดือนติดต่อกัน โดยมีใช้ระยะเวลาตามคำสั่งจ้างและมีให้ันระยะเวลาในปีที่จ้างถัดมานั้น รวมกับปีแรกเพื่อให้ครบ 7 เดือนดังกล่าว

ข้อ 22 การลาพักผ่อนประจำปี บุคลากรชั่วคราวมีสิทธิลาพักผ่อน โดยได้รับค่าจ้างในปีแรกได้ไม่เกิน 5 วันทำการ ทั้งนี้ ปีแรกที่เริ่มเข้าปฏิบัติงานต้องมีระยะเวลาปฏิบัติงานจริงครบ 6 เดือนติดต่อกัน จึงจะมีสิทธิลาดังกล่าวได้ และถ้าเป็นบุคลากรที่จ้างต่อเนื่องในปีที่ 2 ให้มีสิทธิลาพักผ่อนประจำปี โดยได้รับค่าจ้างไม่เกิน 10 วันทำการ

ข้อ 23 การลาเข้ารับการระดมพล เข้ารับการฝึกวิชาทหาร เข้ารับการทดลองความพร้อม หรือเข้ารับการตรวจเลือกเข้ารับราชการทหาร บุคลากรชั่วคราวมีสิทธิลาเข้ารับการฝึกวิชาทหารได้ไม่เกิน 2 เดือน แต่สำหรับการลาเพื่อเข้ารับการระดมพล หรือเข้ารับการทดลองความพร้อมไม่เกิน 30 วัน ส่วนการลาไปรับการตรวจคัดเลือกเข้ารับราชการทหารตามกฎหมายว่าด้วยการรับราชการทหารตลอดระยะเวลาในระหว่างนั้นเท่าที่จำเป็น

ข้อ 24 การพิจารณาสั่งอนุญาตลาในแต่ละประเภทให้นับระเบียบสภาวิชาชีพ ว่าด้วยการลาของเจ้าหน้าที่และลูกจ้างประจำ พ.ศ. 2538 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ผนวก 12 คำประกาศสิทธิผู้ป่วยและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา สภากายภาพบำบัด สภาเทสติกการแพทย์ และคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

สิทธิของผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษามีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

1. สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล
2. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางการแพทย์ที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล
3. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ
4. ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล
5. ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำสิ่งที่รบกวนผู้อื่น
6. แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ
7. ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้
 - 7.1 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
 - 7.2 การแพทย์ในที่นี้หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
 - 7.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ
 - 7.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้นอกจากนี้ เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว
 - 7.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
 - 7.6 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำ เน้นถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย
 - 7.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำ หรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำ เป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 - 7.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษาพยาบาล
 - 7.9 ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจำ เป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

ผนวก 13 : ข้อปฏิบัติในกรณีถูกข่มขืน มีคบบาด เลือดเข้าตา

ข้อแนะนำ

จะทํายังไรเมื่อถูกข่มขืน มีคบบาด เลือดเข้าตา

เมื่อบุคลากรได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่

- ข่มขืนหรือข่มขืนที่มีคบบาด เลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ตาหรือคบบาด
- เลือด/สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ปาก หรือถูกผิวหนังที่มีคบบาดแผล

1. จัดการกับคบบาดแผลทันที

- ปีบเลือดออกพอสมควร
- ทำความสะอาดคบบาดแผลด้วยน้ำ และ สบู่หลาย ๆ ครั้ง แล้วใส่ยาฆ่าเชื้อ เช่น เบตาดีน
- ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาให้ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหรือยาล้างตาทันที
- ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปากให้บ้วนน้ำลายทิ้งทันที และบ้วนปากกลั้วคอด้วยน้ำหลาย ๆ ครั้ง

2. ปรึกษาแพทย์ทันที

2.1. กรณีทราบว่าผู้ป่วยมีติดเชื้อ HIV

- นำบัตรตรวจโรคไปพบแพทย์ที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ปีที่ 3 (R3) ที่อยู่เวรของวันที่เกิดเหตุจะพิจารณาและดำเนินการ ดังนี้

I. จะสั่งยาให้ตามความจำเป็น (ไม่เกิน 2 วัน) และอธิบายให้ทราบข้อดีข้อเสียและผลข้างเคียง จากยาต้านเอชไอวีที่รับประทาน ถ้าเจ้าหน้าที่ตัดสินใจที่รับประทานยานั้น

- นำใบสั่งยาไปรับยาได้ที่

ในเวลาราชการ ห้องจ่ายยาเจ้าหน้าที่

นอกเวลาราชการ ห้องจ่ายยาฉุกเฉิน

II. เขียนใบสั่งเจาะเลือดซึ่งระบุอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเจาะเลือดตรวจหา anti HIV ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ภายใน 72 ชั่วโมง หลังเกิดอุบัติเหตุ

- หลังจากนั้น ในวันเปิดทำการให้ไปปรึกษาแพทย์ที่
หน่วยโรคติดเชื้อ ตึกอายุรศาสตร์ ชั้นล่าง ห้อง 117/1 โทร.4578 หรือ
หน่วยโรคภูมิแพ้ ตึกอำนวยการ ชั้น 2 โทร.4579 หรือ
หน่วยโรคติดเชื้อ ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ ตึก สก โทร.4990

- I. แพทย์จะพิจารณาอัตราเสี่ยงร่วมกับการตัดสินใจของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุว่า จะรับประทานยาต่ออีก 4 สัปดาห์หรือไม่

- II. เขียนใบสั่งเจาะเลือดซึ่งระบุอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อตรวจหา anti HIV ซ้ำ เมื่อครบ 3 เดือน , 6 เดือน และ 12 เดือน ภายหลังเกิดอุบัติเหตุ

2.2 ในกรณีที่ยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีเลือดเอ็ดส์เป็นบวกหรือไม่ ปฏิบัติดังนี้

ให้สนทนากับผู้ป่วยเพื่อถามถึงพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมทั้งขออนุญาตเจาะเลือดผู้ป่วย เพื่อไปตรวจหา anti HIV โดยขอให้ได้ผลการตรวจเลือดในขั้นต้น ภายใน 24-28 ชั่วโมง

- I. ถ้าผลเลือดเป็นบวก ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับกรณี 2.1
- II. ถ้าผลเลือดเป็นลบ แต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยง ให้ดำเนินการเหมือน ข้อ 2.1. พร้อมทั้งนัดผู้ป่วยมาตรวจเลือดเอ็ดส์ซ้ำ ในระหว่างเวลา 3 ถึง 6 เดือน
- III. ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อเอ็ดส์ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าผู้ป่วยมีเลือดเอ็ดส์บวก และให้ดำเนินการเหมือน ข้อ 2.1.
- IV. ถ้าผลเลือดเป็นลบแล้วผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ก็ไม่ต้องดำเนินการต่อ

3. บันทึกไว้เป็นหลักฐาน

เพื่อสามารถเรียกร้องค่าทดแทนหากติดเชื้อจากอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่

- หาพยานผู้ที่อยู่ในที่เกิดเหตุ
- รายงานผู้บังคับบัญชาทราบ
- กรอกแบบฟอร์มของสภาากาชาดไทย

ใบรายงานอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับเอ็ดส์ (มีไว้ที่หอผู้ป่วยต่างๆ หรือที่ฝ่ายเลขานุการ) เขียนรายงานเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง

รับใบสั่งเจาะเลือดซึ่งระบุ อุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จากแพทย์ผู้ให้คำปรึกษานำไปเจาะเลือดตรวจหา anti HIV ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานภายใน 72 ชั่วโมง และเจาะเลือดซ้ำ เมื่อครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

การเรียกร้องค่าทดแทนการติดเชื้อเอ็ดส์จากการปฏิบัติหน้าที่ จะทำได้เมื่อได้ปฏิบัติตามข้อ 3 นี้โดยครบถ้วนเท่านั้น

4. ในระหว่าง 6 เดือน

- หลังอุบัติเหตุให้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และไม่มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ดส์ขึ้นมา รวมทั้งป้องกันการแพร่เชื้อ HIV ไปยังบุคคลอื่นอีกในกรณีที่อาจจะได้รับเชื้อ HIV และระหว่างรอผล anti HIV โดยงดการบริจาคโลหิตน้ำอสุจิ และอวัยวะต่าง ๆ งดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

- อาการต่างๆ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัส HIV ที่ต้องสังเกตตัวเอง และรายงานแพทย์ เช่น ไข้ ผื่น ต่อมมน้ำเหลืองโต

5. ตรวจหาไวรัสอื่นที่อาจติดจากผู้ป่วยด้วย

เช่น ไวรัสตับอักเสบบี แพทย์จะให้ใบสั่งเจาะเลือดสำหรับตรวจ โดยระบุ วัตถุประสงค์จากการ
รักษาพยาบาลผู้ป่วย

6. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุเหล่านี้ได้ โดยปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง

การป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคมตำหรือบาด

- ห้ามสวมปลอกเข็มกลับ
- ทิ้งของแหลมคมที่ใช้แล้วลงในภาชนะที่ป้องกันการทะลุ
- รับหรือส่งของแหลมโดยตรง ใช้อุปกรณ์ เช่น ปากคีบช่วยจับ

การป้องกันเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้า ปาก หรือถูกผิวหนังที่มีแผล

- ใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม เช่น ถุงมือ ผ้าปิดจมูก-ปาก เสื้อคลุม แวนตา เป็นต้น
- ปกปิดผิวหนังที่มีบาดแผลขณะปฏิบัติงาน และระวังไม่ให้ผิวหนังมีบาดแผลเพิ่มขึ้น

สวัสดิการสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่

1. ผู้ที่อยู่ในข่ายจะได้รับสวัสดิการ คือ

- เจ้าหน้าที่และลูกจ้างทุกประเภทของสภากาชาดไทย
- ข้าราชการและลูกจ้างของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย

และเป็นผู้ที่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้เท่านั้น คือ ได้มีการปรึกษาแพทย์ได้บันทึกเหตุการณ์และ
รายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบ ได้เจาะเลือดตรวจไว้เป็นพื้นฐาน และไม่มีผลการตรวจเลือดเป็นบวกในครั้ง
แรก

2. สวัสดิการ คือ

- โรงพยาบาลจะจัดหายาให้ตามแพทย์สั่ง
- จะจัดการตรวจเลือดให้ ภายใน 72 ชั่วโมง, 3 เดือน, 6 เดือน หรือ 1 ปี
- ถ้าติดเชื้อเอดส์เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่จริง

1. จะทำการรักษาพยาบาลให้ตลอดชีวิต
2. เงินสวัสดิการไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท ถึง 2 ล้านบาท
3. เมื่อเสียชีวิตแล้ว จะจ่ายเงินสวัสดิการให้กับทายาทไม่ต่ำกว่า 5 แสนบาท ถึง 1 ล้านบาท

3. การจ่ายเงินสวัสดิการไม่กระทบกระเทือนสิทธิรับบำเหน็จ บำนาญ

รายละเอียดดูจาก ระเบียบสภากาชาดไทย ว่าด้วยสวัสดิการสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากการปฏิบัติ
หน้าที่ พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมประกาศวันที่ 14 พฤศจิกายน 2533

ผนวก 14 : แนวทางปฏิบัติงานในหน่วยต่างๆของภาควิชาศัลยศาสตร์

แนวทางปฏิบัติงานในหน่วยต่าง ๆ ของภาควิชาศัลยศาสตร์

- สาขาศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ
- สาขากุมารศัลยศาสตร์
- สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
- สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง
- ER Trauma
- Endoscopy unit
- Surgical ICU
- Pathology

การปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านหน่วยศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน

1. Medical record เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านโดยตรง
 - ชักประวัติ ตรวจร่างกายผู้ป่วย
 - บันทึกประวัติ การตรวจร่างกายลงใน medical record
 - First assistant เขียน operative note แล้วใส่ไว้ในหน้าป้ายภายใน 24 ชั่วโมง
 - บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (progress note form IV A) ทุกวัน และทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
 - สรุปหน้าป้ายและเขียน discharge summary ให้เรียบร้อย
 - ในช่วงที่มี extern ให้ extern ช่วยแพทย์ประจำบ้านเรื่อง medical record ได้ แต่แพทย์ประจำบ้านต้องดูแลและตรวจทาน medical record ให้สมบูรณ์เรียบร้อย
2. การ Admit ผู้ป่วย
 - ผู้ป่วยที่นัดมาทำผ่าตัด elective จะมี list ของอาจารย์แต่ละคนอยู่ที่เลขาฯ หน่วย และเลขาฯ หน่วยเป็นผู้เรียกผู้ป่วยมา Admit
 - ส่วนผู้ป่วย emergency ที่ต้อง admit ให้ดูโควตาเตียงของ staff ที่ ward ต่างๆ ถ้าเกินโควตาให้ยืม staff ทำานอื่นได้ แต่ต้องแจ้งให้ staff เจ้าของเตียงทราบด้วย

- สั่ง Lab investigation และยาตาม admission standing order (admission form)
3. การรับ refer ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น
- ส่วนใหญ่เป็น case emergency ดังนั้นจึงต้องตรวจสอบเตียง ICU ก่อนว่ามีหรือไม่ รวมทั้งเตียงที่ ward ด้วย แล้วรายงาน staff เวรหรือ staff ที่รับ refer มา
4. การรับปรึกษาผู้ป่วยจากหน่วยอื่น หรือภาควิชาอื่นๆ
- Case CABG ให้ฟังว่ามี carotid bruit หรือไม่ ถ้ามีให้นัด duplex scan ของ carotid arteries ก่อน
 - ในกรณีเร่งด่วน ให้แจ้ง staff เวรที่รับ consult ให้ทราบทันที
5. การ set OR ให้แพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ set OR โดยให้ปฏิบัติดังนี้
- สอบถามรายชื่อผู้ป่วยที่จะ set OR จากเลขาหน่วย CVT, เจ้าหน้าที่ประสานงานหน่วย cardio เด็ก หรือ staff
 - Set ผ่าตัด 2 สาย โดยแต่ละสายเริ่มทำผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 8.30 น. เป็นต้นไป
 - ลง diagnosis และ operation ให้ชัดเจน จอ ICU หรือ IMCU ที่ไหน ต้องใช้เครื่องมือพิเศษอะไรบ้าง น้ำหนักเท่าไรในกรณีที่ผู้ป่วยเด็ก เป็นผู้ป่วย reoperation หรือไม่ (EXAMPLE 1)
6. Preop. order
- Check lab investigation ต่างๆ ให้เรียบร้อย
 - Order ตาม Preop. standing order (preoperative form)
 - ใบ check list อุปกรณ์ครุภัณฑ์และยา (instrument and drug check list form) ใช้เฉพาะในผู้ป่วย open heart ที่ใช้ heart-lung machine เท่านั้น ในผู้ป่วยเด็ก รายใดที่ไม่ทราบว่าเป็น open หรือ closed หรือ open ที่ไม่ต้องให้ใช้ heart-lung machine ให้ถาม staff ที่ทำการผ่าตัด (สังเกตได้ง่าย หากจอ ICU สก 8 หมายถึง ไม่ใช่ heart-lung machine)
 - Prophylactic antibiotic และจำนวน blood product ที่จอง และรายละเอียดอื่นๆ ให้ปฏิบัติตาม protocol (PROTOCOL 1)
 - ตรวจ check ความเรียบร้อย, check blood product ที่จอง คืนวันก่อนผ่าตัดให้เรียบร้อย ถ้ามีปัญหาให้แจ้ง staff เจ้าของผู้ป่วยทันที
 - ในกรณีที่มีการเพิ่ม หรือลด case ผ่าตัด ให้หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านของหน่วยฯ ประสานงานและแจ้งให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทราบ (วิสัญญี, เจ้าหน้าที่ปอด-หัวใจ, OR, ICU, ward)

7. การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

- เข้าช่วยผ่าตัดกับ staff ตามสายที่กำหนดเป็น priority
- ศึกษาประวัติผู้ป่วย, investigation, indication และ operation ที่จะมาช่วยผ่าตัด ในวันที่มีการผ่าตัด
- แพทย์ประจำบ้านควรขึ้นมาห้องผ่าตัดก่อน 8.30 น.
- ควรใส่ชื่อแพทย์ประจำบ้านที่จะช่วยผ่าตัดในแต่ละ case ในแต่ละวัน ไว้ที่ list หน้าห้องผ่าตัดด้วย
- ในกรณีที่เป็นผู้ทำผ่าตัดเอง หรือเป็น first assistant ให้เขียน operative note แล้วใส่ไว้ในหน้าป้ายภายใน 24 ชั่วโมง

8. การควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

- เปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับการเข้าห้องผ่าตัด สวมหมวก ผูก mask ก่อนที่จะเข้าบริเวณห้องผ่าตัด
- ล้างมือ และเช็ดมืออย่างถูกต้องก่อนเข้า case ผ่าตัด
- เข้าช่วยผ่าตัด หรือทำการผ่าตัดด้วยหลัก sterile technique
- ไม่ส่งเสียงคุยกัน โดยไม่จำเป็นในห้องผ่าตัด
- การยืนดูในห้องผ่าตัด ไม่ควรยืนชิดแพทย์ที่ทำการผ่าตัดหรือช่วยผ่าตัด ควรยืนห่างอย่างน้อย 50 ซม. เพื่อป้องกัน contamination
- การถอดถุงมือ หรือเสื้อกาวน์ หลังการเสร็จผ่าตัด ให้แยกถุงมือหรือเสื้อกาวน์ทิ้งลงในภาชนะที่แยกไว้ให้เรียบร้อย
- กรณีที่ต้องออกจากห้องผ่าตัดไปสถานที่ต่างๆ ที่ไม่ใช่ ICU สก.5 ให้ใส่เสื้อกาวน์ยาวคลุมทับเสื้อ OR หรือเปลี่ยนเสื้อผ้าออกไป แล้วค่อยกลับมาเปลี่ยนชุดห้องผ่าตัดเมื่อจะเข้าห้องผ่าตัดใหม่
- ไม่ทำแผลผู้ป่วยติดเชื้อ ในช่วงเข้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้ทำแผลผู้ป่วยติดเชื้อเฉพาะช่วงเย็น

9. การดูแลผู้ป่วยที่ Ward ต่างๆ

- เริ่ม round ผู้ป่วยตั้งแต่เช้า และให้ทันมา teaching round กับ staff ทุกเช้าวันอังคารและวันพุธ
- ตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกวัน ฟัง heart sound และ breath sound ทุกวัน เพื่อ detect ความผิดปกติ
- บันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (progress note form IVA) ทุกวัน และทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

- การย้ายผู้ป่วยเข้าและออกจาก ICU สก 5 ให้ปฏิบัติตามข้อบ่งชี้ในการย้ายผู้ป่วย
- กรณีผู้ป่วยที่อยู่นอกตึก สก หรือเป็นผู้ป่วย consult ก็ต้อง round ทุกวัน และรายงาน staff ทุกวัน เพื่อที่จะได้ให้คำปรึกษาและแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกต้องและทันที่

10. การออก OPD

- ออก OPD ตามตารางที่กำหนด
- ผู้ป่วย new case ให้ตรวจ ประเมินผู้ป่วยก่อน แล้วจึงปรึกษา staff ที่ออก OPD
- ผู้ป่วยเก่าที่ไม่มีปัญหา ให้ปรับยาตาม protocol (PROTOCOL 2) โดยเฉพาะ anticoagulant

11. การทำ morbidity และ mortality

- กรอรายละเอียดของผู้ป่วยลงใน form ที่กำหนดไว้ (FORM 3,4) และรวบรวมส่ง อ.วิชัยล่วงหน้า 2 วันก่อน conference
- สำเนา medical record เตรียมเอาไว้ทำ morbid/mortal ไม่ให้นำ medical record ตัวจริงมาทำ conference
- จัดเตรียมผล investigation ต่างๆ (cine, echo, X-ray, CT scan) ของผู้ป่วยทุกคนไว้ให้พร้อม (เลือกเฉพาะ film ที่สำคัญเรียงลำดับเอาไว้ก่อน) และส่งคืน ward ทันทีภายหลังจากการทำ conference เสร็จเรียบร้อยแล้ว

12. การอยู่เวร

- ตารางเวรต้องแจกไปที่หน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ภาควิชาศัลยศาสตร์, ICU สก 5, OR สก 5, ward สก 4, สก 6, สก 19, สก 20 และ ER
- ในวันที่อยู่เวร ต้องนอนในห้องพักแพทย์ใน ICU เพื่อที่จะได้รักษาผู้ป่วยได้อย่างทันที่
- อยู่เวรตามตารางที่กำหนด ถ้าหากมีการแลกให้ตามแก้ทุกแห่ง แต่ที่จำเป็นต้องแก้ก่อนคือ ward สก 4 และ ICU สก 5
- ห้ามสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ (โดยเฉพาะยาที่มีผลต่อ cardiovascular system ควรจะมาดูและประเมินผู้ป่วยทุกครั้งด้วยตัวเองก่อนสั่งการรักษา) ยกเว้นว่ายังติดผู้ป่วยอื่นอยู่ยังไม่สามารถมาได้ในขณะนั้น ให้สั่งการรักษาไปก่อน แล้วรีบมาดูและประเมินผู้ป่วยในเวลาอันรวดเร็ว
- ส่วนกรณีนอนไม่หลับ, ท้องอืด, ท้องเสีย (ไม่มาก) ให้สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ได้ และ counter sign ภายในเวลา 24 ชั่วโมง

13. การเข้าร่วม activity ต่างๆ ของหน่วย

- กรุณาตรงต่อเวลา
- เตรียมส่วนที่รับผิดชอบของตนเองให้เรียบร้อย

14. ดูผลงานในหน้าที่ของ EXTERN ให้เรียบร้อย ในกรณีที่ EXTERN ไม่อยู่เวร หรือในช่วงที่ไม่มี EXTERN
15. พรีกษาอาจารย์เจ้าของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาและในกรณีฉุกเฉินถ้าหากไม่สามารถติดต่ออาจารย์เจ้าของผู้ป่วยได้ ให้ติดต่ออาจารย์ท่านอื่นๆ ได้ตลอดเวลาเช่นกัน
16. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านของแต่ละสายต้องทราบความเป็นไปของผู้ป่วยทุกคนในโรงพยาบาลและให้ข้อมูลรายละเอียดแก่อาจารย์เจ้าของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

ตารางการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านหน่วยกุมารศัลยศาสตร์

<u>วัน</u>	<u>เวลา</u>	<u>การปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน</u>
จันทร์	06.30-08.00 น.	Ward round
	08.00-09.00 น.	Teaching round
	09.00-12.00 น.	OPD (อ.ไพศาล)
	13.00-14.00 น.	Topic review
		X-ray conference (สัปดาห์สุดท้าย เวลา 13.30-15.30 น.)
อังคาร	06.30-08.00 น.	Ward round
	08.00-09.00 น.	Teaching round
	09.00-12.00 น.	OPD (อ.ประภาพรณ)
	13.00-14.00 น.	Journal club
		M&M (สัปดาห์สุดท้าย เวลา 13.30-15.30 น.)
พุธ	06.30-08.00 น.	Ward round
	08.00-09.00 น.	OR
	09.00-12.00 น.	OR
	13.00-14.00 น.	OR
	14.00-16.00 น.	OR
พฤหัสบดี	06.30-08.00 น.	Ward round
	08.00-09.00 น.	Collective review
	09.00-12.00 น.	OPD (อ.กตเวที)
	13.00-14.00 น.	Seminar or Interesting case discussion
ศุกร์	06.30-08.00 น.	Ward round
	08.00-09.00 น.	OR
	09.00-12.00 น.	OR
	13.00-14.00 น.	OR
	14.00-16.00 น.	OR

ตารางปฏิบัติงานและกิจกรรมวิชาการหน่วยศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดกิจกรรมวิชาการสำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของหน่วยฯ โดยจัดที่ ห้องประชุมหน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ ชั้น 13 ตึกรัตนวิทย์พัฒน์ หรือที่ห้องประชุมของหน่วยงานอื่น อันประกอบด้วย

กิจกรรม	ห้องเรียน	ชั้น	อาคาร	ทุกวัน	สัปดาห์ที่	ของเดือน	เวลา
1. Quality round ผู้รับผิดชอบคือ อ.สุพจน์ รัชชานนท์	ห้องประชุม หน่วยฯ	4	รัตน วิทย์พัฒน์ ชั้น 13	ศุกร์	สัปดาห์ที่ 1	ทุกเดือน	10:00 - 11:00
2. Morbidity and mortality conference ผู้รับผิดชอบคือ อ.จุรินทร์ โอภาณรักษา อาจารย์เจ้าของไข้	ห้องประชุม หน่วยฯ	4	รัตน วิทย์พัฒน์ ชั้น 13	ศุกร์	สัปดาห์ที่ 1	ทุกเดือน	11:00 - 12:00
3. Topic review ผู้รับผิดชอบคือ อาจารย์ที่ปรึกษาตามหัวข้อ	ห้องประชุม หน่วยฯ	4	รัตน วิทย์พัฒน์ ชั้น 13	ศุกร์	สัปดาห์ที่ 2	ทุกเดือน	10:00 - 12:00
4. Journal club ผู้รับผิดชอบคือ อ.มนินธ์ อัสวจินตจิตร	ห้องประชุม หน่วยฯ	4	รัตน วิทย์พัฒน์ ชั้น 13	ศุกร์	สัปดาห์ที่ 3	ทุกเดือน	10:00 - 12:00
5. Case conference and interesting case ผู้รับผิดชอบคือ อ.ชนธิ์ บุญยะรัตเวช	หอผู้ป่วยโซน C	15	รัตน วิทย์พัฒน์ ชั้น 13	ศุกร์	ทุกสัปดาห์	ทุกเดือน	14:00 - 16:00
6. Preadmission round ผู้รับผิดชอบคือ อ.ดุสิต โสวรรณทิพย์	ห้องประชุม หน่วยฯ	4	รัตน วิทย์พัฒน์ ชั้น 13	พฤหัสบดี	สัปดาห์ที่ 1- 3	ทุกเดือน	14:00 - 16:00
7. Uroradiological conference ผู้รับผิดชอบคือ อ.กมล ภาณุมาตร์ศรี อ.เกรวี ศศิวิมลพันธ์	ห้องประชุม	1	อภันตริ ประชา	พฤหัสบดี	สัปดาห์ที่ 4	ทุกเดือน	14:30 - 16:00

8. Uropathological conference ผู้รับผิดชอบคือ อ.กมล ภาณุมาตร์ศรี อ.จิรสิทธิ์ สุรินทร์สถานนท์ อ.กรณย์พงษ์ เอี่ยมเพ็ญแข	ห้องเรียน	13	อปร.	พฤหัสบดี	สัปดาห์ที่ 3	ทุก 3 เดือน	14:00 - 16:00
9. Bedside teaching (morning round) ผู้รับผิดชอบคือ อ.สุพจน์ รัชชานนท์ อ.ชนธิ์ บุณยะรัตเวช อ.มนินธ์ อัครจินตจิตร อ.ดุขฎิ โสวรรณทิพย์	หอผู้ป่วยโซน C	15	รัตน วิทยพัฒน์ ชั้น 13	ทุกวัน	ทุกสัปดาห์	ทุกเดือน	07:30 - 09:00
10. Radio-Onco-Uro-Patho Conference ผู้รับผิดชอบคือ อ.จุลินทร์ โอภาณุรักษ์ อ.ดุขฎิ โสวรรณทิพย์	ห้องพหุรัด	1	รัตน วิทยพัฒน์ ชั้น 13	ศุกร์	สัปดาห์ที่ 3	ทุกเดือน	12:00 - 14:00
11. Research progression ผู้รับผิดชอบคือ อ.อภิรักษ์ สันติงามกุล อ.มนินธ์ อัครจินตจิตร	ห้องประชุม หน่วยฯ	4	รัตน วิทยพัฒน์ ชั้น 13	พฤหัสบดี	สัปดาห์ที่ 3	ทุก 3 เดือน	14:00 - 16:00

กิจกรรมวิชาการ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- **Quality round**

เป็นการประชุมร่วมกับหัวหน้าพยาบาล ห้องผ่าตัด, ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อพิจารณาถึงการปฏิบัติงาน ร่วมกันของแพทย์ประจำบ้านและพยาบาลในการดูแลคนไข้, การใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล แก้ไขข้อผิดพลาดที่พบและปรับปรุงการทำงานร่วมกันให้ดียิ่งขึ้น

- **Morbidity and mortality conference**

เป็นการเรียนการสอนที่มุ่งประเด็นไปถึง complication ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ preoperative, intraoperative และ postoperative period เพื่อใช้เป็นแนวทางป้องกันต่อไป
เป็นการเรียนการสอนที่มุ่งประเด็นไปถึง cause of death ที่อาจเกิดขึ้น ตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัย, การดูแลรักษา ตลอดจนหลังผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางที่จะไม่ให้เกิดซ้ำซ้อนอีก

- **Topic review**

เป็นการเรียนการสอนที่รวบรวมรายละเอียดหรือวิชาการใหม่ ที่น่าสนใจในแต่ละหัวข้อที่ทางหน่วย ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยาเป็นผู้กำหนดขึ้น โดยให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 หรือแพทย์ประจำบ้านหมุนเวียน เป็นผู้รวบรวม โดยมีอาจารย์ในหน่วยฯ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

- **Journal club**

เป็นการเรียนการสอนที่นำเสนอหัวข้อ journal ที่น่าสนใจทั้งในแง่ของ research design, methodology หรือ result โดยมีอาจารย์ของหน่วยฯ เป็นผู้ให้คำแนะนำ

- **Case Conference and Interesting case**

การสอนโดยนำประวัติ, การตรวจร่างกาย, ผลเอกซเรย์, วิธีการรักษา รวมถึงเทคนิคการผ่าตัดของผู้ป่วยที่น่าสนใจ มานำเสนอและเปิดโอกาสให้แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี มีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็น และอาจารย์ของหน่วยฯ คอยให้คำแนะนำทั้งในด้านวิชาการ และจริยธรรม

- **Preadmission round**

เป็นการเรียนการสอนที่นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัย และแนวทางที่จะทำการรักษา สำหรับผู้ป่วยของหน่วยศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ที่เตรียมตัวจะเข้ามาทำการรักษา (preadmission waiting list) โดยเปิดโอกาสให้แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี มีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็น และมีอาจารย์ของหน่วยฯ คอยให้คำแนะนำ

- **Uroradiological conference**

เป็นการเรียนการสอนที่นำเสนอการตรวจทางรังสีวินิจฉัยที่น่าสนใจ โดยมีอาจารย์และแพทย์ประจำบ้านจาก ภาควิชารังสีวิทยามาร่วมทำการศึกษาและให้คำแนะนำ

- **Uropathological conference**

เป็นการเรียนการสอนที่นำเสนอผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยที่น่าสนใจ โดยมีอาจารย์จาก ภาควิชาพยาธิวิทยาเป็นผู้ให้คำปรึกษา

- **Research progression**

เป็นการเรียนการสอนที่ให้แพทย์ประจำบ้านนำเสนอโครงงานวิจัยและติดตามการดำเนินของโครงงานวิจัย เพื่อร่วมปรึกษาแนวทางการทำวิจัย ร่วมกับนักสถิติเพื่อช่วยในการวางแผนโครงงานวิจัย

- **Bedside teaching**

เป็นการร่วมดูแลผู้ป่วยบนเตียงผู้ป่วยในร่วมกับแพทย์ประจำบ้าน โดยมีการซักถามและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งร่วมวางแผนในการรักษาผู้ป่วยอีกด้วย

3. ภาคปฏิบัติ

ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัตินั้น เป็นการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ที่คลินิกตรวจผู้ป่วย (ผู้ป่วยนอก) หอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤต ห้องผ่าตัด แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ฯลฯ เป็นไปตามตารางกิจกรรมดังนี้

	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
เช้า	x	x	x	x	x	ปฏิบัติงานตามเวร	
บ่าย	x	x	x	x	x		
ดึก	ปฏิบัติงานตามเวร						

ปฏิบัติงานตามเวร หมายถึง การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยวิกฤต ห้องผ่าตัด และแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน เมื่อได้รับการปรึกษา

ตารางการปฏิบัติงานหน่วยศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง

วันจันทร์	06.30 - 08.00 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
	08.00 - 09.00 น.	WARD ROUND กับอาจารย์ที่ตึกจงกลนิชั้น 1	อ.อภิชัย
	09.00 - 12.00 น.	OPD ที่ตึก ภปร. ชั้น 6	อ.ศิริชัย, อ.อภิชัย, อ.พรเทพ, อ.พูนพิศมัย
	13.00 - 16.00 น.	CRANIOFACIAL CLINIC ที่ศูนย์แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ จุฬาลงกรณ์ ตึก สก. 14	อ.จรัญ, อ.นนท์
	หลัง 16.00 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
วันอังคาร	06.30 - 07.30 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
	07.30 - 08.30 น.	WARD ROUND กับอาจารย์ที่ตึกจงกลนิชั้น 1	อ.ศิริชัย
	08.30 - 16.00 น.	ผ่าตัดภูมิสิริชั้น 6 / ตึก สก.ชั้น 7 (ถ้ามี)	
	หลัง 16.00 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
วันพุธ	06.30 - 07.30 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
	07.30 - 09.00 น.	INTERESTING CASES (LECTURE AND CONFERENCE)	อ.ศิริชัย
	09.00 - 12.00 น.	OPD ที่ตึก ภปร. ชั้น 6	อ.อภิชัย, อ.พรเทพ, อ.พูนพิศมัย
	13.30 - 16.00 น.	JOURNAL CLUB (ทุกสัปดาห์ที่ 1, 2, 4 ของทุกเดือน ห้องประชุมหน่วยฯ) CRANIOFACIAL CONFERENCE (ทุกสัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน ที่ ห้องประชุมศูนย์แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ ตึก สก. 14) CADAVERIC DISSECTION ทุก 2 เดือน	อ.อภิชัย อ.จรัญ, อ.นนท์
	หลัง 16.00 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
วันพฤหัสบดี	06.30 - 08.00 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
	08.00 - 09.00 น.	COLLECTIVE REVIEW (ถ้าไม่มี WARD ROUND กับอาจารย์)	
	09.00 - 16.00 น.	ผ่าตัดภูมิสิริชั้น 6 / ตึก สก.ชั้น 7 (ถ้ามี)	
	หลัง 16.00 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
วันศุกร์	06.30 - 08.00 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
	08.00 - 09.00 น.	CRANIOFACIAL DISCUSSION (ที่ศูนย์แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ ตึก สก. 14)	อ.จรัญ, อ.นนท์
	09.00-10.00 น.	WARD ROUND กับอาจารย์	อ.จรัญ, อ.นนท์
	10.00-12.00 น.	PLASTIC SURGERY CONFERENCE ที่ห้องประชุมหน่วยฯ	อาจารย์ทุกท่าน
	13.00-16.00 น.	ผ่าตัดภูมิสิริชั้น 9	ตามตารางเวร
	หลัง 16.00 น.	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
วันเสาร์	ช่วงเช้า	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	
วันอาทิตย์	ช่วงเช้า	WARD ROUND กับแพทย์ประจำบ้าน	

หมายเหตุ กำหนดการต่างๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากนี้ ให้ประสานงานกับหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน

การปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน หน่วย trauma ของแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1

- 1.แบ่งเวรปฏิบัติหน้าที่ของทุกวันในแต่ละเดือนโดยแบ่งทุกคนใน rotation คนละเท่าๆกัน
 เวรเช้าปฏิบัติหน้าที่ระหว่าง 8:00-16:00 น.
 เวรบ่ายปฏิบัติหน้าที่ระหว่าง 16:00-24:00 น.
- 2.ให้ไปถึงก่อนเวลาอย่างน้อย 10 นาที เพื่อรับส่งเวรต่อจากเวรก่อนหน้า
- 3.ตรวจคนไข้ฝั่งอุบัติเหตุ (trauma) ตามที่ได้รับการอบรมหลักสูตร ATLS
- 4.ในวันที่ยกรายละเอียดการบาดเจ็บของผู้ป่วยทุกรายอย่างละเอียด
- 5.ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการใบรับรองแพทย์เพื่อประกอบคดี ให้ทำนัดปรึกษาแผนกนิติเวชในเวลาทำการ
- 6.ในกรณีที่ผู้ป่วยการบาดเจ็บรุนแรง, multiple injuries, ผู้ป่วยจำนวนมาก หรือ ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยหรือแนวทางการรักษา สามารถ consult trauma team ได้ตลอดเวลา โดยทาง Trauma Team จะถึงที่ห้องฉุกเฉินในเวลาไม่เกิน 5 นาที
- 7.สามารถปรึกษาหน่วยต่างๆ ได้ โดยสามารถดูรายชื่อแพทย์จากกระดานรายชื่อ Consult ที่ห้องฉุกเฉิน
- 8.กรณีที่ส่งตรวจ CT scan ให้โทรแจ้งแพทย์หน่วยรังสีตามกระดานรายชื่อ consult ที่ห้องฉุกเฉิน
- 9.ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคฉุกเฉินทางอายุรกรรมร่วมด้วยสามารถปรึกษาแพทย์ emergency medicine หรือ แพทย์อายุรกรรมที่อยู่เวรห้องฉุกเฉินได้
- 10.ในแต่ละเวรจะมีอาหารแพทย์เวรให้ที่ห้องรับประทานอาหารใน ER

การปฏิบัติงานเมื่ออยู่ Rotaion Endoscopy

- วันจันทร์-อังคาร: ห้องส่องกล้องทางเดินอาหาร Surgical endoscopy อาคารสิรินธร ชั้น 10 รพ.ราชวิถี
 เวลา 8:30-16:00 น.
 อาจารย์ผู้ควบคุม: อ.นพ. ทวี รัตนชูเอก
- วันพุธ-ศุกร์: ห้องส่องกล้อง Surgical endoscopy อาคารนวัตบริหาร (อาคารผู้ป่วยในพิเศษ 14 ชั้น)
 ชั้น 3 เวลา 9:00-16:00 น.
 อาจารย์ผู้ควบคุม: อ.นพ. สุภกิจ ขมวิลัย
- Topic review วันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 3 หรือ 4 ของเดือน เวลา 13:00-14:00 น.
 ห้องประชุม Surgical endoscopy อาคารนวัตบริหาร (อาคารผู้ป่วยในพิเศษ 14 ชั้น)
 ชั้น 3
 อาจารย์ผู้ควบคุม อ.นพ. สุภกิจ ขมวิลัย

การปฏิบัติงานเมื่ออยู่ Rotaion ICU

สถานที่ Surgical Intensive Care Unit อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 5 โซน B

เวลาปฏิบัติงาน วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8:00-16:00 น.

Round กับ Staff Critical Care วันจันทร์-ศุกร์ เริ่ม 9:00 น.

Conferences

1. Journal conference สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน (แบ่งทำคนละ 1 เรื่อง เวลา 30 นาที/เรื่อง)
2. Interdepartment conference (ระหว่าง ICU ศัลยกรรม และ ICU อายุรกรรม)
สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน
3. Morbid & Mortality conference สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน

เวรนอกเวลาราชการ

วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 16:00-8:00 น.

วันเสาร์-อาทิตย์ เวลา 8:00-8:00 น.

* ส่งตารางเวรที่ Chief SICU ประจำเดือนนั้น โดยแบ่งเวรระหว่างแพทย์ประจำบ้านคนละเท่าๆกัน

การปฏิบัติตนเมื่อผ่าน Rotation Pathology

1. รายงานตัวรับเอกสารที่เจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาพยาธิวิทยา วันทำการวันแรกของเดือน เวลา 8:30 น.
2. แพทย์ประจำบ้านได้รับ assignment ให้บรรยายลักษณะทาง gross และ micro ของโรคที่พบบ่อยตามอวัยวะต่างๆ ระหว่างเวลา 10:00-16:00 น. และส่งรายงานการบรรยายคนละ 1 case/วัน ซึ่งห้ามซ้ำ Case โดยมีเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตัดชิ้นเนื้อเข็นรับรองการบรรยายไว้ เพื่อนำมาส่งให้กับเจ้าหน้าที่ ด้านการเรียนการสอนในวันถัดไปก่อนเวลา 10.00 น. ในส่วน Micro ให้ทำการติดตามแพทย์ประจำบ้านพยาธิวิทยา ที่จัดทำตารางเพื่อทำการศึกษา case ต่างๆ และเก็บคะแนน ในส่วน Logbook และทำการจัดส่งก่อนการประเมินผล
3. Lecture หัวข้อ 1. Head & Neck 2. GI 3. Breast 4. Others ตามเอกสารที่ได้รับจากธุรการภาควิชา
4. เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการกับแพทย์ประจำบ้านพยาธิวิทยา gross conference และ journal club
Gross conference ทุกวันอังคาร ณ ห้องปฏิบัติการตัดชิ้นเนื้อ 1323 อปร ชั้น 13 เวลา 9:00-10:00 น.
Journal club วันพฤหัสบดี ณ ห้อง 1213 ตึก อปร. ชั้น 12 เวลา 9:00-10:00 น.
5. แพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ ให้ประจำเวร Frozen กับแพทย์ประจำบ้านพยาธิวิทยาทุกวัน โดยดูตามตาราง Frozen Section
6. แพทย์ประจำบ้านทำการศึกษาสไลด์ ด้วยตนเอง โดยมีกล่องสไลด์ และคู่มือ ณ ห้องธุรการภาควิชา และมี Micro Side ที่ห้องสมุดของภาควิชา
7. สอบประเมินผลข้อสอบบรรยาย (Gross + Micro) วันทำการวันสุดท้ายของเดือน