

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
แบบเสนอแผนการไปปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการของอาจารย์
(Faculty Practice Plan)

ตอนที่ 1 รายละเอียดการขอไปปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการของอาจารย์

1. ชื่อ – สกุลตำแหน่งทางวิชาการ

 กลุ่มวิชา

2. ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเฉียบพลัน/อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน | <input type="checkbox"/> การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช |
| <input type="checkbox"/> การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต | <input type="checkbox"/> การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัว/ชุมชน |
| <input type="checkbox"/> การพยาบาลผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> การพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค |
| <input type="checkbox"/> การพยาบาลผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วยสุดท้าย | <input type="checkbox"/> การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ/การบำบัดพิเศษ |
| <input type="checkbox"/> การพยาบาลผดุงครรภ์ | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... | |

3. กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป้าหมาย

3.1 รายบุคคล

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ทารกแรกเกิด | <input type="checkbox"/> เด็กและวัยรุ่น |
| <input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่ | <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุ |
| <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยจิตเวช | <input type="checkbox"/> หญิงตั้งครรภ์ |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ เช่น..... | |

3.2 รายครอบครัว/กลุ่ม/ชุมชน(ระบุ)

- ครอบครัว
- กลุ่ม/ชุมชน.....
- อื่น ๆ เช่น

4. สถานที่ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการ

2.1 โรงพยาบาลระบุ

- หอผู้ป่วย ระบุ
- คลินิกผู้ป่วยนอก/ Ambulatory Care Setting ระบุ

2.3 ในชุมชน ระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ

- ศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบุ
- โรงเรียน
- Home Health Care /Hospice Care.....
- ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย

- ศูนย์ผู้สูงอายุ
- อื่น ๆ (ระบุ)

5. บทบาทการพยาบาลที่ต้องการไปปฏิบัติการพยาบาล

- Direct care
- Consultation
- พัฒนาระบบบริการและคุณภาพการพยาบาล
- อื่น ๆ ระบุ

6. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รวมทั้งปี 80 ชั่วโมง (ควรระบุให้เห็นความต่อเนื่องของการปฏิบัติ เช่น ให้บริการที่คลินิกทุกวัน จันทร์-บ่าย ครั้งละ 4 ชั่วโมง หรือ ให้การดูแลระหว่างวันที่ ถึง)

7. การปฏิบัติการพยาบาลนี้ เป็นภารกิจของการสอนภาคปฏิบัติสำหรับหลักสูตรอบรมเฉพาะทางหรือบัณฑิตศึกษาหรือไม่

- ไม่ใช่
- ใช่ ระบุ (รายวิชา/หลักสูตร).....

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

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

ลงชื่อ.....
(.....)

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเบื้องต้นของหัวหน้ากลุ่มวิชา/ประธานหลักสูตร/ประธานหลักสูตรอบรมเฉพาะทาง

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

ลงชื่อ.....
(.....)