

3

แบบฟอร์มรายงานผลการเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา

สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ข้าพเจ้า นาง เรืองรอง ช่วยสำเร็จ

กลุ่มงาน เกษีขกรรมชุมชน

ได้รับอนุมัติเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา เรื่อง “ อย. กทม. ร่วมใจดูแลการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ปลอดภัยในชุมชน (อบรม ครู ก.) ในระหว่างวันที่ ๙ - ๑๐ มกราคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐

ณ (ระบุสถานที่จัด) ณ โรงแรม อีสติน โฮเทล มักกะสัน กรุงเทพฯ

หน่วยงานผู้จัดฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

งบประมาณที่ใช้จ่ายในการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา จำนวนรวม - บาท

สรุปสาระสำคัญการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา

รับทราบข้อมูล สถานการณ์ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพระบอบประเทศปี ๒๕๖๒ และปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ในชุมชนต้นแบบ ๑๓ แห่งรวมถึงการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ปี ๒๕๖๓ โดยใช้ กรอบแนวคิดการ

ดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในชุมชน ความรู้พื้นฐานเรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพและการโฆษณา

และผลกระทบจากการการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การค้นหา คัดกรอง และการสื่อสารกับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่ได้รับและนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน คือ

ได้เรียนรู้และทบทวนความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่ใช้ควบคุม และ วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น อาหาร ยา สมุนไพร เครื่องสำอาง วัตถุเสพติด วัตถุอันตราย และเครื่องมือแพทย์ ที่อยู่ใน

ความรับผิดชอบของสำนักงานอาหารและยา และนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้สร้างความรอบรู้ให้กับผู้มารับบริการ

ใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

ลงชื่อ.....เรืองรอง ช่วยสำเร็จ.....ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน  
(ทพ.เรืองรอง ช่วยสำเร็จ)

ลงชื่อ.....(นายยงยศ ภัทรสวรรค์).....รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

นายแพทย์เชียวชาญ (ด้านเวชกรรม)

รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

หมายเหตุ กรุณำบันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ครบถ้วน และจัดส่งรายงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน หลังจากเข้า  
ร่วมประชุม / อบรม / สัมมนา ภายใน ๗ วันทำการ เพื่อบันทึกในทะเบียนประวัติส่วนบุคคล ทั้งนี้ ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ที่ Link  
[http://mwi.anamai.moph.go.th/more\\_news.php?cid=๙๑&filename=meeting\\_report](http://mwi.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=๙๑&filename=meeting_report) หรือ



QR Code

3

แบบฟอร์มรายงานผลการเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา  
สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ข้าพเจ้า .....นางสุภัทรา.....นามสกุล.....อนันตนาถรัตน์.....  
กลุ่มงาน.....เภสัชกรรมชุมชน.....  
ได้รับอนุมัติเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา เรื่อง...ประชุมเชิงปฏิบัติการ “อย. กทม. ร่วมใจดูแลการใช้  
ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอดภัยในชุมชน (อบรมครู ก.).....  
ระหว่างวันที่.....๙ - ๑๐ มกราคม ๒๕๖๓..... รวมระยะเวลา.....๒.....วัน  
ณ (ระบุสถานที่จัด).....โรงแรมอีสติน ไฮเทล มักกะสัน .....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....กรุงเทพมหานคร.....  
หน่วยงานผู้จัดฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา .....สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.....  
งบประมาณที่ใช้จ่ายในการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา จำนวนรวม.....-.....บาท(.....-.....)

สรุปสาระสำคัญการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา

เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพครู ก. ให้สามารถถ่ายทอดทักษะความรู้สู่อาสาสมัคร  
สาธารณสุข (ออส.) ในพื้นที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง (ครู ข.) ให้มีประสิทธิภาพและสามารถ  
ดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (คปส.) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ได้เรียนรู้ความรู้พื้นฐานด้านกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการโฆษณา อาหาร  
เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วัตถุเสพติด วัตถุอันตราย และเครื่องมือแพทย์  
- กรณีศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยจากอิทธิพลของสื่อโฆษณา  
- ผลกระทบจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การค้นหา คัดกรอง และการสื่อสารกับผู้ป่วย  
- การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การรับเรื่อง และการจัดการ  
เรื่องร้องเรียน

- มีการฝึกปฏิบัติในฐาน เรียนรู้จำนวน ๕ ฐาน ในเรื่องการตรวจสอบยา และการใช้ชุดทดสอบสเตียรอยด์  
การตรวจสอบผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และใช้ชุดทดสอบปรอทแอมโมเนียและไฮโดรควิโนน การตรวจสอบโฆษณา  
การใช้ Application line @ FDATHAI และ เช็ค ชั่ว แซร์

ประโยชน์ที่ได้รับและนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน คือ

๑. ได้เรียนรู้ความรู้พื้นฐานด้านกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการโฆษณา เพื่อนำไปใช้ใน  
หน่วยงานและชีวิตประจำวัน
๒. ได้เรียนรู้พฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยจากอิทธิพลของสื่อโฆษณาและผลกระทบ  
จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย
๓. สามารถนำความรู้ที่ได้ไปสร้างความรอบรู้ให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานได้

ลงชื่อ.....*Sim Om*.....ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน  
(*ม.สุภัทรา อนันตนาถรัตน์*)

ลงชื่อ.....*[Signature]*.....หัวหน้ากลุ่มงาน / รองผู้อำนวยการฯ  
(*นายยงยศ หัตถพรสวรรค์*)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม)

รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

หมายเหตุ กรุณำบันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ครบถ้วน และเสนอผู้บริหารตามลำดับและส่งไปยังกลุ่มงานพัฒนาองค์กรและ  
ขับเคลื่อนกำลังคน เพื่อรายงานผู้บริหาร และบันทึกในทะเบียนประวัติส่วนบุคคล