



สภาเภสัชกรรม (The Pharmacy Council of Thailand)

สำนักงานเลขาธิการสภาเภสัชกรรม อาคารสภาวิชาชีพ ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข

เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 080 285 8082

Website: <https://www.pharmacycouncil.org> Email: pharthetai@pharmacycouncil.org

ประกาศสภาเภสัชกรรม

ที่ ๖๕ /๒๕๖๔

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ การพิจารณากำหนดและรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ เภสัชกรรม เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (เพิ่มเติม ฉบับที่ ๒)

เพื่อเป็นการกำหนดและรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ ให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในหมวด ๔ ข้อ ๒๑ แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการจัดการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสภาเภสัชกรรม ในการประชุม ครั้งที่ ๓๑๔ (๑๐/๒๕๖๔) เมื่อวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๔ ได้พิจารณาแล้วมีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การพิจารณากำหนด และรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์เพิ่มเติม โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ชื่อกิจกรรม

กิจกรรมปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลสนามและปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยาตามโครงการของสภาเภสัชกรรม เพื่อการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคโควิด-19 และผู้บริโภคนในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19)

ลักษณะกิจกรรม

กิจกรรมปฏิบัติหน้าที่เพื่อการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคโควิด-19 และผู้บริโภคนในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19) สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ที่สามารถขอรับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง แบ่งเป็น ๓ ลักษณะ ดังนี้

๑. ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลสนาม หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าส่วนงานราชการ ออกไปปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลสนามที่มีใช้การปฏิบัติเป็นงานประจำ และเภสัชกรอาสาในโรงพยาบาลสนามต่าง ๆ เพื่อการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคโควิด-19

๒. ปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยาตามโครงการของสภาเภสัชกรรม หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่ในร้านขายยาตามโครงการที่สภาเภสัชกรรมดำเนินการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือหน่วยงานอื่นที่นายกสภาเภสัชกรรมกำหนด เพื่อการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคโควิด-19 และผู้บริโภคนในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19)

๓. การปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากงานประจำของหน่วยงานต้นสังกัด เช่น การตรวจหาระดับยาในเลือดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสภาเภสัชกรรมกำหนด

รูปแบบกิจกรรม...

รูปแบบกิจกรรม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ดังนี้

การปฏิบัติงานให้บริการในโรงพยาบาลสนาม ได้แก่ การบริหารจัดการยา ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ และเวชภัณฑ์ การซักประวัติการใช้ยาผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารยา การคัดกรองใบสั่งยา การตรวจสอบยาที่จ่าย การให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา และการประสานงานกับบุคลากรการแพทย์เพื่อดูแลการใช้ยา

การปฏิบัติงานตามโครงการของสภาเภสัชกรรม ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยในระบบ Home Isolation การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล การให้บริการฉีดยาวัคซีนในร้านยา การบริการชุดตรวจ Antigen Test Kit (ATK) การให้คำปรึกษาด้านยาและเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามที่สภาเภสัชกรรมประกาศกำหนด

การปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากงานประจำของหน่วยงานต้นสังกัด ได้แก่ การตรวจหาระดับยาในเลือดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสภาเภสัชกรรมกำหนด

เงื่อนไขการรับรอง

๑. การคิดหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง ปฏิบัติงาน ๓ ชั่วโมง ได้หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ ๑ หน่วยกิต เศษของเวลาที่ไมครบ ๓ ชั่วโมง ให้ปัดทิ้ง หรือนำไปรวมกับการทำงานในคราวต่อไปโดยต้องบันทึกผลรวม ชั่วโมงในเอกสารเดียวกัน โดยหน่วยกิตรวมของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการระบาดของโรคโควิด-19 สูงสุดไม่เกิน ๑๐ หน่วยกิต ต่อปี

๒. การแสดงหลักฐานต่อสภาเภสัชกรรม แสดงแบบฟอร์มการรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการระบาดของโรคโควิด-19 ที่สภาเภสัชกรรมกำหนด (สภ.๗๖) โดยต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ มีการลงนามของหัวหน้าส่วนงานผู้รับผิดชอบการจัดกิจกรรม ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ และนายกสมาคมวิชาชีพ ให้การรับรองการปฏิบัติงานในแบบฟอร์มการรับรองหน่วยกิตดังกล่าว และให้ใช้ ๑ แบบฟอร์ม ต่อ ๑ หน่วยงาน กรณีเป็นร้านยา ให้ลงนามรับรองตนเอง โดยสภาเภสัชกรรมจะตรวจสอบจากรายชื่อร้านยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในโครงการ

๓. การแสดงหลักฐานต่อหัวหน้าส่วนงานผู้รับผิดชอบการจัดกิจกรรมเพื่อลงนาม ให้แสดงตารางการปฏิบัติงานที่กำหนดโดยหน่วยงานจัดกิจกรรม

๔. การนำข้อมูลเข้าสู่ระบบการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สามารถดำเนินการด้วยตนเองทางระบบออนไลน์ที่สภาเภสัชกรรมกำหนด โดยสามารถนำข้อมูลเข้าสู่ระบบได้ปีละ ๑ ครั้ง พร้อมแนบแบบฟอร์ม (สภ.๗๖) ในรูปแบบไฟล์ .PDF (ไม่เกิน ๓ ไฟล์ ต่อปี) เพื่อให้ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์พิจารณาตรวจสอบเพื่อการรับรองหน่วยกิต หากพบว่าไม่เป็นไปตามที่กำหนด ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์สามารถยกเลิกการรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องดังกล่าวได้ โดยการตัดสินใจของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ ถือเป็นที่สุด

ระยะเวลาการรับรอง

นับการทำงานตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป จนกว่าคณะกรรมการสภาเภสัชกรรมจะมีมติยกเลิกประกาศฉบับนี้

ทั้งนี้ สำหรับการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ ทางศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์จะดำเนินการเปิดระบบตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

จึงขอประกาศ...

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(รองศาสตราจารย์ ดร. เกษักรหญิงจิราพร ลีмпานานนท์)

นายกสภาเภสัชกรรม

หมายเหตุ : กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคโควิด-19 ให้หมายความรวมถึงกิจกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19) ตามประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ ๔๘/๒๕๖๔ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ การพิจารณากำหนด และรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (เพิ่มเติม) ฉบับลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๔ ด้วย



คำขอรับการรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง
กิจกรรมสืบเนื่องการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

กรณีให้คำปรึกษา กรณีให้บริการวัคซีน กรณีอื่น ๆ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ชื่อ นามสกุล (ภก./ภญ.) อายุ.....ปี

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้รับใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ. หน่วยงาน/สังกัด

สถานที่ทำกิจกรรม (สถานที่ละ 1 แผ่น).....

เลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ Email

ข้าพเจ้า ได้ร่วมกิจกรรมบริการสืบเนื่องการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ตามมาตรฐานวิชาชีพ
เภสัชกรรม ร่วมกับหน่วยงาน กิจกรรมที่ได้กระทำคือ.....

โดยมีรายละเอียดวันและเวลาที่ร่วมกิจกรรม ดังนี้

(1) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(2) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(3) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(4) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(5) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(6) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(7) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(8) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(9) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง
(10) วันที่.....	ตั้งแต่เวลา	น. ถึง เวลา	น. รวม	ชั่วโมง

รวมทั้งสิ้น ชั่วโมง คิดเป็น หน่วยกิต

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

คำรับรองของหน่วยงานผู้จัดว่าเป็นความจริง

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....) ผู้ขอรับการรับรอง

(.....) หน่วยงานผู้จัด

หมายเหตุ *1 หน่วยกิต = จำนวนชั่วโมงทำงานจริงหาร 3

สภาเภสัชกรรม อาคารสภาวิชาชีพ ชั้น 8 กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 88/19 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 080 285 8082 Email : pharthetai@pharmacycouncil.org