



# 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](mailto:pharthetai@pharmacycouncil.org)

## ประกาศสภาเภสัชกรรม

ที่ ๔๘ /๒๕๖๔

### เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ การพิจารณากำหนดและรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ เภสัชกรรม เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ (เพิ่มเติม)

เพื่อเป็นการกำหนดและรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อส่งเสริม  
การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ ให้เป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในหมวด ๔ ข้อ ๒๑ แห่งข้อบังคับสภาเภสัชกรรมว่าด้วยการจัดการศึกษาต่อเนื่อง  
แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสภาเภสัชกรรม ในการประชุม ครั้งที่ ๓๑๑ (๗/๒๕๖๔)  
เมื่อวันจันทร์ที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ ได้พิจารณาแล้วมีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์การพิจารณากำหนด และรับรอง  
หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม เพื่อส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์เพิ่มเติม  
โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

#### ชื่อกิจกรรม

กิจกรรมป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19)

#### ลักษณะกิจกรรม

กิจกรรมป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-19) สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม  
ที่สามารถขอรับหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องต่อเนื่อง แบ่งเป็น ๒ ลักษณะ ดังนี้

๑. การให้คำปรึกษาวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล หมายความว่า การให้  
คำปรึกษาก่อนและหลังการรับวัคซีนโควิด-19 ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล เช่น ระบบ Line official account  
 เป็นต้น เพื่อให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการวัคซีน โดยผู้ที่ปฏิบัติงานจะต้องเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการ  
ให้ทันสมัย พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น นำมาบูรณาการกับองค์ความรู้บนหลักฐานเชิงประจักษ์  
เช่น กรณีการรับวัคซีนร่วมกับการใช้ยาในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรคทางจิตเวช รวมทั้งการใช้ยาคุมกำเนิด  
หรือผลข้างเคียงจากการรับวัคซีน เป็นต้น

๒. การปฏิบัติงานให้บริการวัคซีน หมายความว่า การให้บริการระหว่างการฉีดวัคซีน ณ จุดฉีดวัคซีน  
ที่จัดไว้ทั้งในและนอกสถานพยาบาล โดยผู้ที่ปฏิบัติงานจะต้องมีการเตรียมความพร้อมทางวิชาการหรือเตรียม  
การศึกษาและทำความเข้าใจระบบการปฏิบัติงานการให้บริการวัคซีน และในระหว่างการปฏิบัติงานต้องสวมเสื้อกาวน์  
ติดตราสภาเภสัชกรรม

รูปแบบกิจกรรม...

### รูปแบบกิจกรรม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ดังนี้

๑. การให้คำปรึกษา ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลในการให้บริการทางเภสัชกรรม การประเมินอาการและความเสี่ยง การให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองหลังรับวัคซีน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล

๒. การปฏิบัติงานให้บริการวัคซีน ได้แก่ การบริหารจัดการในการให้บริการวัคซีน การควบคุมการรับส่งวัคซีน และการส่งมอบวัคซีน การ Draw ยา การเฝ้าระวังภายหลังการฉีดวัคซีน การคัดกรองประวัติและสถานะสุขภาพของผู้รับการฉีดวัคซีน การให้คำแนะนำปรึกษากับบุคลากรสาธารณสุขอื่นหรือผู้ได้รับการฉีดวัคซีนเกี่ยวกับยาที่ใช้ การตอบคำถามผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลวัคซีนในด้านประเภท ประสิทธิภาพ และอาการอันไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน

### เงื่อนไขการรับรอง

๑. การคิดหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง ปฏิบัติงาน ๓ ชั่วโมง ได้หน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ ๑ หน่วยกิต เศษของเวลาที่ไม่ครบ ๓ ชั่วโมง ให้ปัดทิ้ง หรือนำไปรวมกับการทำงานในคราวต่อไปโดยต้องบันทึกผลรวม ชั่วโมงในเอกสารเดียวกัน และหน่วยกิตสะสมจากกิจกรรมนี้สูงสุดไม่เกิน ๑๐ หน่วยกิต ต่อปี

๒. การแสดงหลักฐานต่อสภาเภสัชกรรม แสดงแบบฟอร์มการรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่องในกิจกรรม ป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ที่สภาเภสัชกรรมกำหนด (สภ.๗๖) โดยต้องกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ มีการลงนามของหัวหน้าส่วนงานผู้รับผิดชอบการจัดกิจกรรม ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม คณะบดีคณะเภสัชศาสตร์ และนายกสมาคมวิชาชีพ ให้การรับรองการปฏิบัติงานในแบบฟอร์ม การรับรองหน่วยกิตดังกล่าว และให้ใช้ ๑ แบบฟอร์ม ต่อ ๑ หน่วยงาน

๓. การแสดงหลักฐานต่อหัวหน้าส่วนงานผู้รับผิดชอบการจัดกิจกรรมเพื่อลงนาม กรณีการให้คำปรึกษา ต้องแสดงบันทึกหลักฐานการเข้าให้คำปรึกษาในแพลตฟอร์ม และกรณีการปฏิบัติงานให้บริการวัคซีน ให้แสดงตารางการปฏิบัติงานที่กำหนดโดยหน่วยงานจัดกิจกรรม

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

### ระยะเวลาการรับรอง

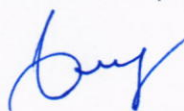
นับการทำงานตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ เป็นต้นไป จนกว่าคณะกรรมการสภาเภสัชกรรมจะมีมติยกเลิกประกาศฉบับนี้

ทั้งนี้ สำหรับการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ ทางศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์จะดำเนินการเปิดระบบตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป

จึงขอประกาศ...

จึงขอประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔



(รองศาสตราจารย์ ดร. เกษักรหญิงจิราพร ลี้มปานานนท์)  
นายกสภาเภสัชกรรม



คำขอรับการรับรองหน่วยกิตการศึกษาต่อเนื่อง  
กิจกรรมป้องกันการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

กรณีให้คำปรึกษา  กรณีให้บริการวัคซีน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

ชื่อ นามสกุล (ภก./ภญ.) ..... อายุ.....ปี

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ได้รับใบอนุญาตฯ เลขที่ ภ. .... หน่วยงาน/สังกัด .....

สถานที่ที่ทำการกิจกรรม (สถานที่ละ 1 แผ่น).....

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

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

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... Email .....

ข้าพเจ้า ได้ร่วมกิจกรรมบริการวัคซีนป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ตามมาตรฐาน  
วิชาชีพเภสัชกรรม 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