



สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

สำนักงาน : สถาบันพยาธิวิทยา เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ : 06 -2776-5855 , 0-2354-8208-15 ต่อ 121,141 เว็บไซต์ : www.thaicytology.org อีเมลล์ : thaisociety14@gmail.com

Thai Society of Cytology

Office : Institute of Pathology 2/2 Phayathai Road, Ratchathewi Bangkok 10400

Tel : 06-2776-5855 , 0-2354-8208-15 ต่อ 121,141 Website : www.thaicytology.org E-mail : thaisociety14@gmail.com

ที่ สขท. 3/2563

วันที่ 22 มกราคม 2563

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- | | | | |
|------------------|-------------------------------------|---|------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. โครงการประกันคุณภาพภายนอกฯ จำนวน | 1 | ชุด |
| | 2. แบบลงทะเบียน และข้อมูลหน่วยงาน | 1 | ฉบับ |

ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มอบหมายให้คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพเซลล์วิทยา ร่วมกับ สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย ดำเนินการจัดโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย ให้แก่ห้องปฏิบัติการเซลล์วิทยาทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินและควบคุมคุณภาพการตรวจวินิจฉัยเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกายของห้องปฏิบัติการเซลล์วิทยาให้มีคุณภาพเท่าเทียมหรืออยู่ในมาตรฐานระดับเดียวกัน
2. ประเมินและควบคุมคุณภาพเทคนิคของห้องปฏิบัติการเซลล์วิทยา ให้มีคุณภาพและอยู่ในมาตรฐานระดับเดียวกัน

คณะกรรมการฯ จึงขอเรียนเชิญหน่วยงานของท่าน เข้าร่วมโครงการฯ ดังกล่าว โดยมีระยะเวลาการดำเนินการประมาณ 1 ปี (1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2563) โดยมีระยะเวลาการรับรอง 3 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 – 31 ธันวาคม 2565 ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการจะต้องชำระค่าลงทะเบียน จำนวนเงิน 10,000.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ตามรายละเอียดโครงการฯ ดังแนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอเรียนเชิญเข้าร่วมโครงการฯ ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์สำเร็จ รางแดง)

นายกสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

แบบลงทะเบียน

โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย
คณะกรรมการประกันคุณภาพเซลล์วิทยา ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย
และ สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

หน่วยงาน
มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ ชื่อนามสกุล
ตำแหน่งเป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการโครงการฯ
สถานที่ติดต่อหน่วยงานตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....
e-mail :.....

ค่าลงทะเบียน 10,000.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) เช็คขีดคร่อมสั่งจ่ายในนาม “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) จำกัด สาขาโรงพยาบาลราชวิถี
บัญชีเลขที่ 051-2 54197-4 ชื่อบัญชี “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย”

การชำระค่าลงทะเบียน ดราฟ เช็ค แคชเชียร์เช็ค สำเนาการโอนเงิน (pay-in) ธนาคาร
.....สาขา.....เลขที่.....

หมดเขตรับสมัคร : 31 มีนาคม 2563

การติดต่อสอบถาม : คุณตรุณี พันธุ์คุ้มเก่า 085-0128464 / คุณวัฒนาพร วิเศษมงคล 081-7652186
โทรศัพท์ 0-2354-8208 ต่อ 121, 141 โทรสาร 0-2354-8204
e-mail : thaisociety14@gmail.com

ที่อยู่ส่งแบบลงทะเบียนและค่าลงทะเบียน :

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย
(โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย)
สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในโรงพยาบาลราชวิถี)
เลขที่ 2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

กรุณารอกข้อมูลและส่งคืนสมาคมฯ ที่ email :thaisociety14@gmail.com

ชื่อหน่วยงาน

จำนวนรายการตรวจ **non-gynecologic cytology** (ไม่รวม FNA) ต่อปี

แบ่งตามประเภทของสิ่งส่งตรวจดังนี้

- Effusion fluid (รวม pleural effusion, pericardial effusion, ascites และ peritoneal washing)

จำนวน รายต่อปี

- Respiratory tract (ได้แก่ sputum, bronchial washing, BAL) จำนวน รายต่อปี

- Urinary tract (ได้แก่ urine, bladder washing, bladder brushing) จำนวน รายต่อปี

- Cerebrospinal fluid จำนวน รายต่อปี

- อื่นๆ (ได้แก่ biliary tract, gastrointestinal tract) รายต่อปี
-

จำนวน **fine needle aspiration** รายต่อปี

แบ่งตามอวัยวะหรือประเภทดังนี้

- Breast จำนวน รายต่อปี

- Thyroid จำนวน รายต่อปี

- Lymph node จำนวน รายต่อปี

- Salivary gland จำนวน รายต่อปี

- Skin & soft tissues จำนวน รายต่อปี

- อวัยวะที่อยู่ลึก รวมถึง EUS/EBUS จำนวน รายต่อปี
-

บุคลากร ที่มีส่วนร่วมในการอ่านสไลด์ non-gynecologic cytology

- พยาธิแพทย์ จำนวน รายต่อปี

- นักเซลล์วิทยา จำนวน รายต่อปี

