



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 อีเมล : 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. 128 /2565

วันที่ 2 สิงหาคม 2565

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / ผู้อำนวยการสถาบัน / หัวหน้าภาควิชา /
หัวหน้ากลุ่มงาน และ ผู้จัดการ บริษัท

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 โดยมีระยะเวลาการรับรอง 3 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 – 31 ธันวาคม 2568 ผู้สมัครเข้าร่วมโครงการจะต้องชำระค่าลงทะเบียนจำนวนเงิน 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) เช็คขีดคร่อมส่งจ่ายในนาม “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย” หรือ เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) จำกัด สาขาโรงพยาบาลราชวิถี
บัญชีเลขที่ 051-2 54197-4 ชื่อบัญชี “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย”

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

หมดเขตรับสมัคร : 31 มีนาคม 2566

การติดต่อสอบถาม : คุณดรุณี พันธุ์คุ้มเก่า 062-776-5855 / คุณวัฒนาพร วิเศษมงคล 081-765-2186
โทรศัพท์ 0-2354-8208 ต่อ 121, 141
e-mail : thaisociety14@gmail.com

ที่อยู่ส่งแบบลงทะเบียนและค่าลงทะเบียน :

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย
(โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาระบบอวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย)
สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในโรงพยาบาลราชวิถี)
เลขที่ 2 / 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