



## 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. 135 /2565

วันที่ 2 สิงหาคม 2565

**เรื่อง** ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช ปี พ.ศ. 2566

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

**สิ่งที่ส่งมาด้วย**

1. โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช จำนวน 1 ชุด
2. แบบลงทะเบียน และข้อมูลหน่วยงาน 1 ฉบับ

ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มอบหมายให้คณะอนุกรรมการประกันคุณภาพเซลล์วิทยา ร่วมกับ สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย ดำเนินการจัดโครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช 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) โดยสมาคมฯ จะออกหนังสือรับรองการเข้าร่วมโครงการฯ ให้ทันทีที่หน่วยงานสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และจะออกประกาศนียบัตรรับรองฯ ให้หน่วยงานที่ผ่านการประเมินฯ โดยสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้ตั้งแต่บัดนี้ ตามรายละเอียดโครงการและแบบลงทะเบียน ดังแนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอเรียนเชิญเข้าร่วมโครงการฯ ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์สำเริง รางแดง)

นายกสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

## แบบลงทะเบียน

โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยาแนว (EQA\_GYN)  
คณะกรรมการประกันคุณภาพเซลล์วิทยา สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย  
และ ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

หน่วยงาน .....  
มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ ชื่อ ..... นามสกุล .....  
ตำแหน่ง ..... เป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการโครงการฯ  
สถานที่ติดต่อหน่วยงาน .....  
ตำบล/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  แคนเชียร์เช็ค  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.....

## แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจากสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทยได้จัดทำแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรที่อยู่ในสายงานเซลล์วิทยาในหน่วยงานต่าง ๆ ขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนทางการดำเนินงานของสมาคมฯ ในปีต่อ ๆ ไป จึงใคร่ขอความร่วมมือให้ผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ชื่อหน่วยงาน.....
2. ที่อยู่.....
3. โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....
4. บุคลากร ที่ทำงานเซลล์วิทยา  
พยาธิแพทย์.....คน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์.....คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์.....คน
5. ปริมาณงาน  
พ.ศ. 2564 Pap smear.....ราย FNA.....ราย Non-GYN.....ราย  
พ.ศ. 2565 Pap smear.....ราย FNA.....ราย Non-GYN.....ราย
6. ระบบที่ใช้ในการรายงานผล  Bethesda 2001  Pap classification  
 Bethesda 2014  Other (ระบุ).....
7. มีระบบการควบคุมคุณภาพภายในโดย.....  
.....
8. มีระบบการควบคุมคุณภาพภายนอกโดย.....  
.....
9. มีระบบส่งปรึกษาโดย.....  
.....
10. สิ่งที่ท่าน/หน่วยงานคาดหวังให้สมาคมเซลล์วิทยาฯ ดำเนินการ หรือขอเสนอแนะ  
.....  
.....  
.....

กรุณารอกข้อมูลและส่งคืนสมาคมฯ ที่ email :thaisociety14@gmail.com

ขอขอบคุณในความร่วมมือนดีของท่าน  
สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย