

ที่ สธ ๐๓๑๓/ว ๙๕๙



สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์  
๓๑๒ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๒๑ มกราคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการ “WSO ANGELS AWARDS”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สถาบันประสาทวิทยา มีการจัดทำฐานข้อมูลคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเทียบเคียงคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระดับชาติ และได้สนับสนุนโครงการ WSO ANGELS AWARDS โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศูนย์หลอดเลือดสมองทั่วโลกให้มีมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ นั้น

ในการนี้ สถาบันประสาทวิทยา ขอเรียนเชิญโรงพยาบาลของท่านเข้าร่วมโครงการ THAILAND ANGELS AWARDS เมื่อผ่านเกณฑ์ที่กำหนดสถาบันฯ จะจัดเตรียมข้อมูลเพื่อร่วมประเมินมาตรฐานศูนย์หลอดเลือดสมองในระดับนานาชาติกับทาง World Stroke Organization (WSO) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวจิตาภา ตรีเจริญวงศ์ โทร. ๐๘ ๖๓๗๒ ๑๕๖๔ และส่งใบสมัครที่ได้รับการอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา มาที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสารระบบประสาท หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ nicpni.moph@gmail.com ภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน ในการช่วยพัฒนาคุณภาพบริการของโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนิษฐ์ เวชชาภินันท์)

ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารระบบประสาท

โทร. ๐ ๒๓๐๖ ๙๘๙๙ ต่อ ๑๑๔๑

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๔๖๘๔

## ใบสมัครโครงการ WSO ANGELS AWARDS

โรงพยาบาล.....

สมัครเข้าร่วมโครงการ WSO ANGELS AWARDS และยินยอมเปิดเผยข้อมูลที่ไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้

ปีงบประมาณ	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			

เงื่อนไขในการสมัคร

1. โรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการต้องบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบ Registry of Stroke Care Quality (<http://neuronetworks.org/stroke/login.php>) ที่จำหน่ายในช่วงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๒ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ไม่น้อยกว่า ๕๐ ราย
๒. โรงพยาบาลที่ได้รับรางวัลระดับ Gold ขึ้นไป ต้องบันทึกข้อมูลต่อเนื่องไม่น้อยกว่าไตรมาสละ ๓๐ ราย จะได้รับการพิจารณาส่งข้อมูลเพื่อร่วมประเมินมาตรฐานศูนย์หลอดเลือดสมองในระดับนานาชาติกับทาง World Stroke Organization (WSO)

ผู้ประสานงาน

ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ .....

มีความประสงค์ต้องการรับกระเป๋า (Stroke Bag)

ลงนาม ( ..... )

ผู้บังคับบัญชา

วันที่ .....