**แบบแสดงหลักฐานภาระงานด้านโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา**

1. **หัตถการการผ่าตัดทางโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ปีที่ 1 | ปีที่ 2 | ปีที่ 3 | ปีที่ 4 | ปีที่ 5 | เฉลี่ยต่อปี |
| **ผ่าตัดทางโสตวิทยา และโสตประสาทวิทยา เฉลี่ย 4 รายต่อเดือน หรือ 48 รายต่อปี** |  |  |  |  |  |  |
| 1. Tympanoplasty (เฉลี่ย 8 รายต่อปี) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Mastoidectomy (เฉลี่ย 4 รายต่อปี) |  |  |  |  |  |  |
| หัตถการอื่น ๆ (เพิ่มเติม) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Ossiculoplasty, stapes surgery |  |  |  |  |  |  |
| 1. Implantable devices (CI, BAHA, อื่นๆ) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Facial nerve surgery |  |  |  |  |  |  |
| 1. ผ่าตัดอื่นๆ (biopsy, canaloplasty, myringotomy, อื่นๆ) |  |  |  |  |  |  |

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

.............................................

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

ผู้ขอสอบ

.............................................

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

หัวหน้าภาควิชา/ส่วนงาน

วันที่……………………………………………

1. **ผู้ป่วยนอก หัตถการอื่นๆ และ การตรวจพิเศษเฉพาะโรค ทางโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ปีที่ 1 | ปีที่ 2 | ปีที่ 3 | ปีที่ 4 | ปีที่ 5 | เฉลี่ยต่อปี |
| 1. ตรวจผู้ป่วยนอกทางโสตวิทยา และโสตประสาทวิทยา เฉลี่ย 20 รายต่อเดือน หรือ 240 รายต่อปี |  |  |  |  |  |  |
| 1. Intratympanic injection (เฉลี่ย 12 ครั้งต่อปี) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Vestibular rehabilitation หรือ canalith repositioning procedure (Epley’s, Semont, อื่นๆ (เฉลี่ย 16 ครั้งต่อปี) |  |  |  |  |  |  |
| **สามารถส่งตรวจและแปลผลได้** |  |  |  |  |  |  |
| 1. Pure tone and speech audiometry (เฉลี่ย 30 รายต่อปี) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Acoustic impedance หรือ Facial nerve tests - topographic and electrical tests (เฉลี่ย 15 รายต่อปี) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Otoacoustic emissions (เฉลี่ย 15 รายต่อปี) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Hearing aids fitting (เฉลี่ย 6 ครั้งต่อปี) |  |  |  |  |  |  |
| **การตรวจพิเศษเพิ่มเติม** |  |  |  |  |  |  |
| 1. Evoked response audiometry (ABR, ECOG, อื่นๆ) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Vestibular function tests (ENG, VNG, Rotary chair, VHIT, อื่นๆ) |  |  |  |  |  |  |
| 1. Posturography |  |  |  |  |  |  |
| 1. Others (VEMPS, SVV, อื่นๆ) |  |  |  |  |  |  |

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

.............................................

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

ผู้ขอสอบ

.............................................

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

หัวหน้าภาควิชา/ส่วนงาน

วันที่……………………………………………

**ใบรับรองการเข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา**

**(หรือ สำเนา certificate งานประชุม)**

**(ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งใน 5 ปี)**

1. **การประชุมที่ชื่อการประชุมเกี่ยวข้องกับสาขาโสตวิทยา โสตประสาทวิทยาโดยตรง**
   1. **กรณีมีระยะเวลาประชุมตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป นับเป็น 1 ครั้ง**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อการประชุม | วันที่จัด | ระยะเวลา (วัน) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |

**รวมทั้งสิ้น.............................ครั้ง**

* 1. **กรณีมีระยะเวลาประชุมน้อยกว่า 1 วัน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อการประชุม | วันที่จัด | ระยะเวลา (ชั่วโมง) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

**รวมทั้งสิ้น..................ชั่วโมง**

**เทียบเป็น....................ครั้ง (6 ชั่วโมงนับเป็น 1 ครั้ง)**

1. **การประชุมที่ชื่อการประชุมไม่เกี่ยวข้องกับสาขาโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา แต่มีห้องประชุมแยกที่เกี่ยวข้องกับสาขาโสตวิทยา โสตประสาทวิทยา**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อการประชุม | ชื่อห้องประชุมแยก  (หัวข้อการประชุม) | วันที่จัด | ระยะเวลา (ชั่วโมง) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

**รวมทั้งสิ้น..................ชั่วโมง**

**เทียบเป็น....................ครั้ง (6 ชั่วโมงนับเป็น 1 ครั้ง)**

ขอรับรองว่าเป็นความจริง

.............................................

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

ผู้ขอสอบ

.............................................

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

หัวหน้าภาควิชา/ส่วนงาน

วันที่……………………………………………