

หนังสือแสดงประสบการณ์การผ่าตัดโรคเต้านม

โดย นพ./พญ.

สถานที่ปฏิบัติงาน

1. Partial Mastectomy / Breast Conserving Surgery

รายที่	วันที่ผ่าตัด (ว/ด/ป)	HN	ชื่อโรค	หัตถการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน (ถ้ามี)	ระยะเวลานอนรพ. (วัน)
1						
2						
3						
4						

2. Total Mastectomy

รายที่	วันที่ผ่าตัด (ว/ด/ป)	HN	ชื่อโรค	หัตถการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน (ถ้า มี)	ระยะเวลาอนรพ. (วัน)
1						
2						
3						
4						

3. Sentinel Lymph Node Biopsy

รายที่	วันที่ผ่าตัด (ว/ด/ป)	HN	ชื่อโรค	หัตถการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน (ถ้า มี)	ระยะเวลานอนรพ. (วัน)
1						
2						
3						
4						

4. Axillary Lymph Node Dissection

รายที่	วันที่ผ่าตัด (ว/ด/ป)	HN	ชื่อโรค	หัตถการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน (ถ้า มี)	ระยะเวลานอนรพ. (วัน)
1						
2						
3						
4						

5. Breast Reconstruction / Oncoplastic Surgery

รายที่	วันที่ผ่าตัด (ว/ด/ป)	HN	ชื่อโรค	หัตถการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน (ถ้า มี)	ระยะเวลานอนรพ. (วัน)
1						
2						
3						
4						

6 Breast intervention

รายที่	วันที่ผ่าตัด (ว/ด/ป)	HN	ชื่อโรค	หัตถการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน (ถ้า มี)	ระยะเวลานอนรพ. (วัน)
1						
2						
3						
4						

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้สมัครสอบ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.