



แบบติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับการวางแผนการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินการด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้กับหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์
2. จัดทำฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ ให้เป็นปัจจุบัน

โรงพยาบาล/สถาบัน.....

1. หน่วยงานของท่านมีการกำหนดนโยบายหรือกลไกในการคัดเลือกหัวข้อเรื่องด้านการประเมินเทคโนโลยีฯ อย่างไร <input type="checkbox"/> ผู้บริหาร / คณะกรรมการกำหนดเรื่อง <input type="checkbox"/> กลุ่มงานกำหนดเรื่องเอง <input type="checkbox"/> นักวิจัยกำหนดเรื่องเอง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
2. การจัดกิจกรรมสนับสนุนการดำเนินการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3 ปีซ้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2559-2561) 2.1 หน่วยงานมีการจัดอบรมด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้กับบุคลากรภายในหน่วยงาน <input type="checkbox"/> ไม่เคยจัด <input type="checkbox"/> มี จำนวน..... ครั้ง 2.2 หน่วยงานสนับสนุนการดำเนินการด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (โปรดระบุ).....
3. ผลงานด้านการประเมินเทคโนโลยีฯ ของหน่วยงานที่ท่านดำเนินการแล้วเสร็จ 3 ปีซ้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2559- 2561) <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี จำนวน..... เรื่อง 1..... 2..... *ขอความร่วมมือในการส่งรายงานการศึกษาด้านประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ท่านดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วเป็น e-files มาที่ คุณพิมพ์พรพรรณ ทองอ่อน สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ E-mail: spice39@gmail.com หากมีข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อได้ที่ 02 590 6387
4. โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี จำนวน..... เรื่อง 1..... 2.....
5. ผลงานด้านการประเมินเทคโนโลยีฯ ของหน่วยงาน ที่นำไปกำหนดนโยบายหรือเปลี่ยนแนวปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมในระดับหน่วยงานหรือระดับประเทศ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี จำนวน..... เรื่อง 1..... 2.....
6. ความต้องการการสนับสนุนด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์จากสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ (กรุณาระบุเรื่องที่ต้องการการสนับสนุน) 1..... 2.....

ผู้รับผิดชอบงานด้านการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ของหน่วยงาน

ชื่อ (นางสาว/นาง/นาย).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....กลุ่มงาน.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....E-mail:

หมายเหตุ สามารถ download แบบสอบถามได้ที่ <http://www.dms.moph.go.th/imrta> หรือ QR Code

ขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

