

ข้อปฏิบัติระหว่างศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ
(ข้อกำหนดร่วมของทุกภาค/สาขาวิชา)

หน้าที่ 1 / 2

- แต่งกายสุภาพเรียบร้อยให้ถูกต้องตามกฎระเบียบเครื่องแบบโรงเรียนของท่าน
- เมื่อมีอาการไม่สบายหรือมีกิจธุระทำให้ไม่สามารถมาศึกษาดูงานได้ต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่งานวิเทศสัมพันธ์ เพื่อประสานกับภาควิชาต่อไปทุกครั้ง
- ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของอาจารย์ผู้ดูแลอย่างเคร่งครัดเพื่อความปลอดภัยต่อตัวท่านเองและองค์กร
- ดิบัตรประจำตัวที่ทางวิเทศสัมพันธ์มอบให้ทุกครั้งที่อยู่ในบริเวณโรงพยาบาลรามาริบัติ
- ไม่มีโรคประจำตัวหรือเพิ่งเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง
(ผู้เข้าศึกษาดูงานต้องส่งผลการตรวจโรคที่ทางงานวิเทศสัมพันธ์แจ้งก่อนวันเริ่มเข้าศึกษาดูงาน)
- ดูแลตนให้อยู่ในสุขอนามัยที่ดี
(ใส่หน้ากากอนามัยขณะศึกษาดูงานตลอดเวลาและล้างมือให้สะอาดหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ทั้งก่อนและหลังศึกษาดูงาน)
- ห้ามเข้าในแผนกหอผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกตามลำพังโดยไม่มีอาจารย์ผู้ดูแลหรือแพทย์ประจำบ้านร่วมด้วยยกเว้นกรณีได้รับอนุญาตจากอาจารย์ผู้ดูแล
- ห้ามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยโดยลำพังให้ผู้เข้าศึกษาดูงานสังเกตการณ์ได้เพียงอย่างเดียว ยกเว้นกรณีได้รับอนุญาตจากอาจารย์ผู้ดูแลให้คุยหรือสัมผัสผู้ป่วยได้แต่ต้องอยู่ภายใต้การกำกับของ อาจารย์ผู้ดูแล
- ห้ามถ่ายรูปบันทึกเสียงในเขตโรงพยาบาลรวมถึงนำเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยลงใน Social Media ยกเว้นในกรณีได้รับอนุญาตจากอาจารย์ผู้ดูแล
- ห้ามเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลหรือแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีได้รับอนุญาตจากอาจารย์ผู้ดูแล
- ให้เกียรติและให้ความเคารพผู้ป่วยในแง่ของการปฏิบัติตน
- ตรงต่อเวลาแสดงความสนใจต่อการศึกษาดูงานและห้ามส่งเสียงดังคุยเล่นขณะศึกษาดูงานรวมถึงห้ามเล่นโทรศัพท์มือถือขณะศึกษาดูงาน
- รับประทานอาหารในที่ที่แต่ละภาควิชาฯ / หน่วยงานจัดเตรียมไว้ให้เท่านั้น
- อาจารย์ผู้ดูแลจะเป็นผู้พิจารณาการร่วมการประชุมวิชาการต่างๆของหน่วยงานตามความเหมาะสม
- ในกรณีที่ภาควิชา / หน่วยงาน / งานวิเทศสัมพันธ์ ได้แจ้งข้อปฏิบัติเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ได้แจ้งไว้ ขอให้ผู้เข้าศึกษาดูงานปฏิบัติตามด้วย

ข้อปฏิบัติระหว่างศึกษาคุณ ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ

(ข้อกำหนดร่วมของทุกภาค/สาขาวิชา)

หน้า 2 / 2

ข้อกำหนดการไม่เปิดเผยความลับ

ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ปรากฏในเอกสารนี้อย่างเคร่งครัดและตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมศึกษาคุณและภายหลังจากสิ้นสุดการเข้าร่วมศึกษาคุณไปแล้ว

ข้าพเจ้าจะไม่เปิดเผยข้อมูลความลับของผู้ป่วยหรือข้อมูลทางการแพทย์ใดๆของผู้ป่วยและของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ข้าพเจ้าได้รับรู้ขึ้นเนื่องมาจากการเข้าร่วมศึกษาคุณดังกล่าวข้างต้น ไม่ว่าในช่องทางการสื่อสารใดๆที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและในระหว่างการเข้าร่วมศึกษาคุณข้าพเจ้าจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชื่อเสียงเกียรติคุณหรือทรัพย์สินของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

หากข้าพเจ้าฝ่าฝืนข้าพเจ้ายินยอมให้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ยุติการเข้าร่วมศึกษาคุณได้ทันที โดยข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิใดๆจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงชื่อ
(.....)

ผู้เข้ารับการศึกษาคุณ

พยาน
(.....)

(ต้องไม่ใช่บิดามารดาหรือผู้ปกครอง)

ลงชื่อ
(.....)

*บิดา/ผู้ปกครอง

พยาน
(.....)

(เฉพาะเจ้าหน้าที่คณะ)

ลงชื่อ
(.....)

*มารดา/ผู้ปกครอง

วัน/เดือน/ปี

*กรณีบิดามารดาถึงแก่กรรมหรือแยกกันอยู่ ไม่จำเป็นต้องเซ็นครบก็ได้