


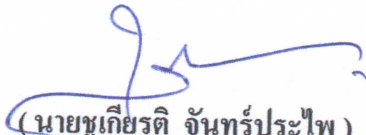




คู่มือการปฏิบัติงานทางทันตกรรมในเครือข่ายสุขภาพอำเภอลิซล

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลลิซล

2564

 <p>กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>เครือข่ายสุขภาพอำเภอสิชล เครื่องช่วยบริการปฐมภูมิ อ. สิชล จ.นครศรีธรรมราช</p>		หน้า 1
		รหัส WI - DENT - Star 001
ระเบียบปฏิบัติเรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม		ปรับปรุงครั้งที่ 1 เมื่อ 4 มกราคม 2564
ชื่อหน่วยงาน : เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอสิชล		<p>ผู้อนุมัติ</p>  <p>(นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล ประธานคณะกรรมการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอสิชล</p>
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการงานทันตกรรมและเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอสิชล		
แผนกที่เกี่ยวข้อง : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสิชล และเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอสิชล		
ผู้ตรวจสอบ		
 <p>(นายเอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รองประธานคณะกรรมการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอสิชล</p>	 <p>(นายชูเกียรติ จันทร์ประไพ) สาธารณสุขอำเภอสิชล รองประธานคณะกรรมการ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอสิชล</p>	

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 2

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

ระเบียบปฏิบัติงานทันตกรรม

ระเบียบปฏิบัติเรื่อง	หน้า
๑.การซักประวัติก่อนรับบริการทันตกรรม	๓
๒.แนวทางให้บริการถอนฟัน	๕
๓.แนวทางให้บริการอุดฟัน	๖
๔.แนวทางการให้บริการชุดหินปูน	๗
๕.แนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในคลินิกทันตกรรม	๘
๖.แนวปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีเลือดออก (Bleeding)	๙
๗.แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีปัญหาอุดกั้นทางเดินหายใจ	๑๐
๘.แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ	๑๑
๙.แนวทางการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มวัยเด็กเล็ก (WCC)	๑๒
๑๐.ตารางการให้บริการทันตกรรมที่รพ.สต. ในอำเภอสีชล	๑๕
๑๑.การส่งต่อคนไข้ทันตกรรมในรพ.สต.	๑๕
๑๒.ภาคผนวก	๑๗

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 3

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

1. การซักประวัติก่อนรับบริการทันตกรรม

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.สามารถซักประวัติและทราบสถานะของผู้รับบริการก่อนการทำฟัน
- 1.2 ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะและหลังรับบริการทางทันตกรรมใน รพ.สต.

2. ขอบข่าย

บุคลากรทุกระดับในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอสิทธิชัย

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT - PCA –01

เรื่อง : การซักประวัติก่อนรับบริการทันตกรรม

3. ตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	สูตรคำนวณ
ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังรับบริการทางทันตกรรม	<1%	จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังรับบริการทางทันตกรรม _____ X 100 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในรพ.สต.

4. แนวทางการประเมิน : ติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทุก 1 เดือน

5. นิยาม

6. รายละเอียด

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
1. แนวทางการซักประวัติผู้ป่วยในรพ.สต.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ซักประวัติผู้ป่วยก่อนทำฟัน ทุกราย โดยใช้แบบฟอร์มการซักประวัติ 2. บันทึกรายละเอียดประวัติของผู้ป่วยลงในแบบฟอร์มประวัติแผ่นเล็ก 3. หลังรับบริการ นำข้อมูลลงบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ 4. หากมีกรณีที่มีผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัวที่เกินเกณฑ์ ให้ส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล โดยให้นำใบซักประวัติที่ค้นพบโรคติดต่อผู้ป่วยมาด้วย

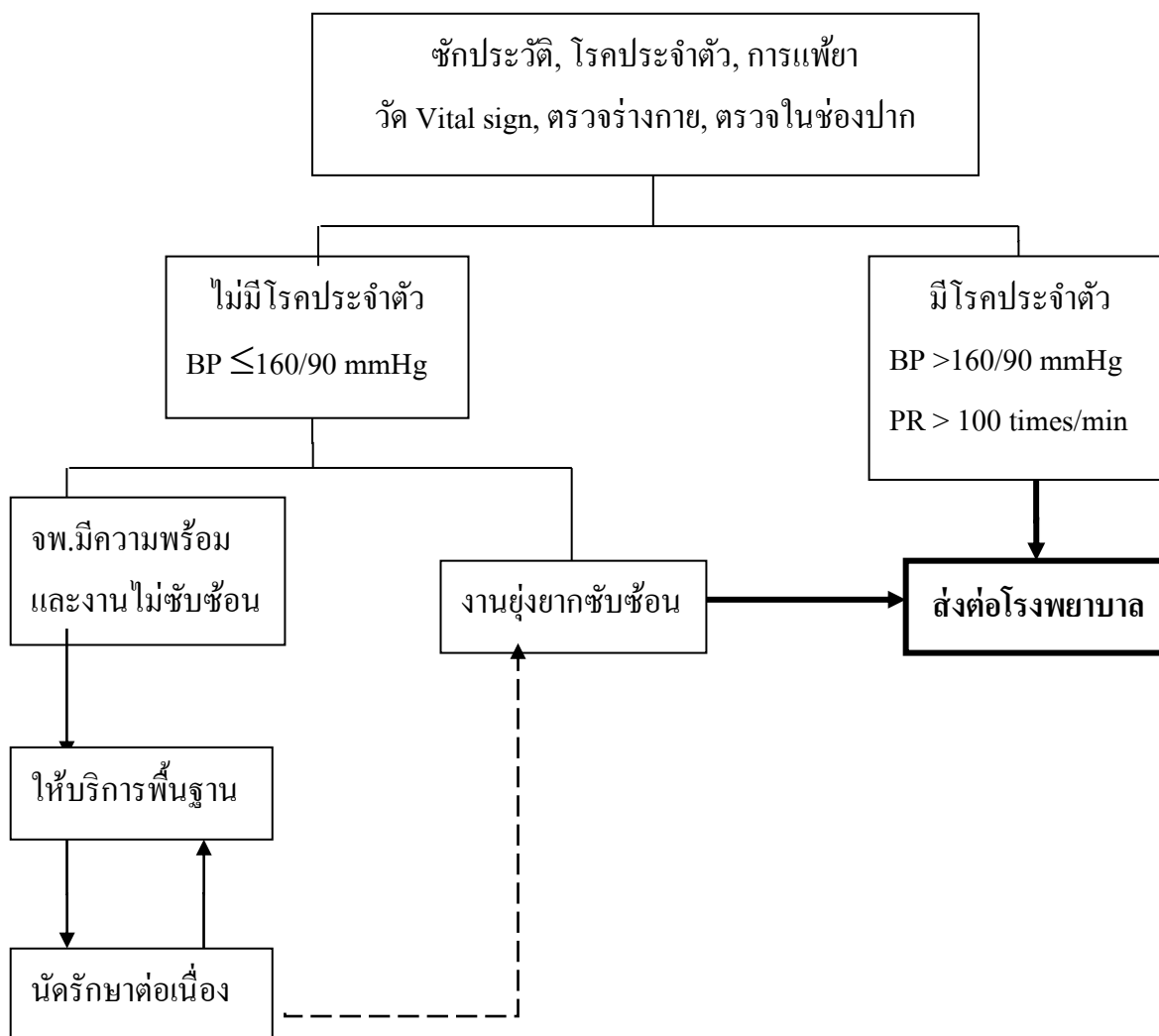
7. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิทธิชัย

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 4

เรื่อง : แนวทางการดำเนินงานทันตกรรม

แนวทางการรักษาทางทันตกรรมใน รพ.สต.



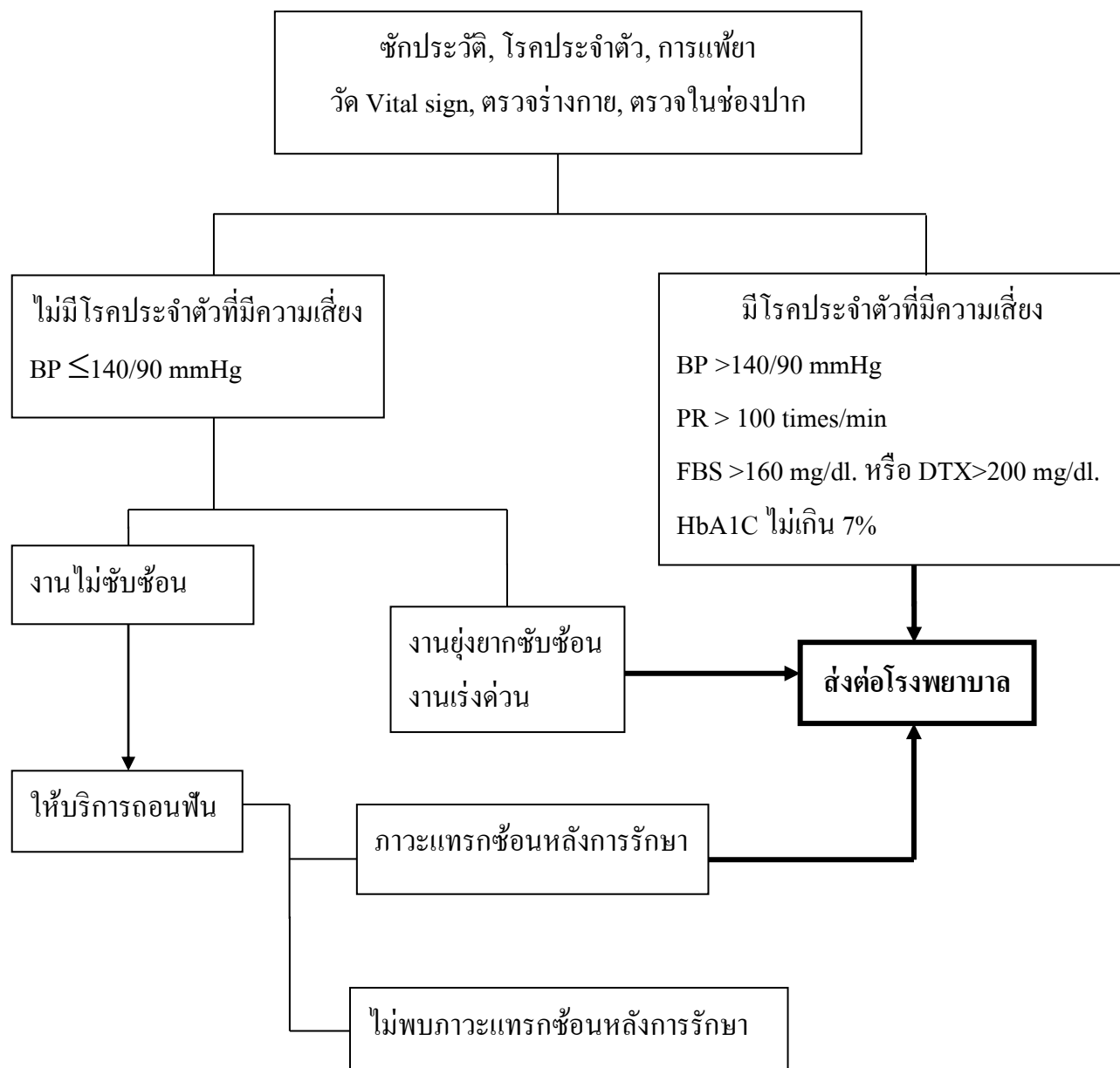
หมายเหตุ

1. รพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาลให้ส่งผู้ป่วยต่อไปยัง รพ.สต.ภายในเขตรับผิดชอบเดียวกัน (ตาม flow chart ด้านท้าย) ที่มีทันตภิบาล
2. โรคประจำตัวที่ควรส่งต่อได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไตวาย โรคตับแข็ง โรคเลือด ไทรอยด์ วัณโรค โรคหอบหืด โรคลมชัก ซึ่งไม่สามารถควบคุมโรคได้

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 5

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

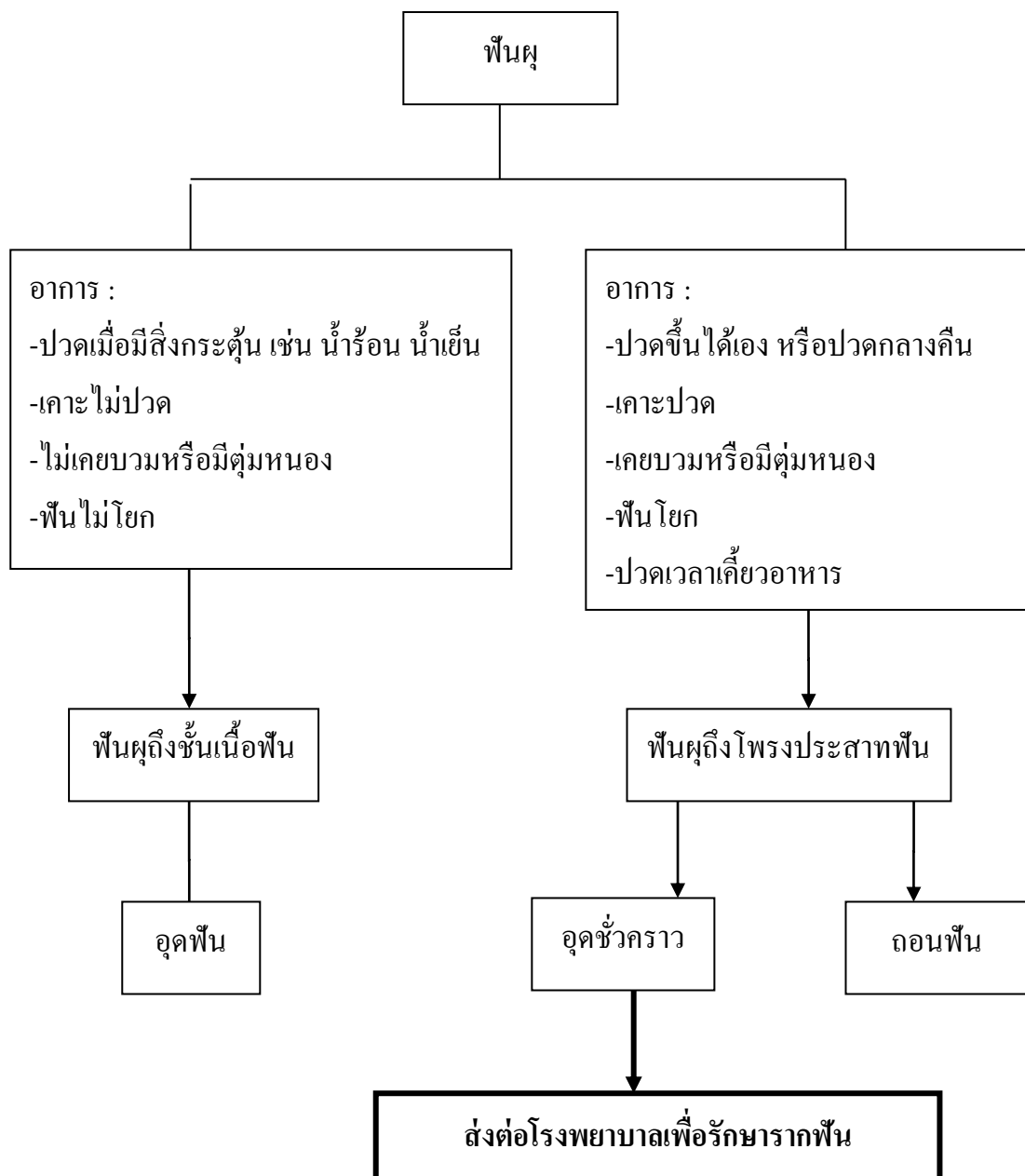
แนวทางให้บริการถอนฟัน



ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 6

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

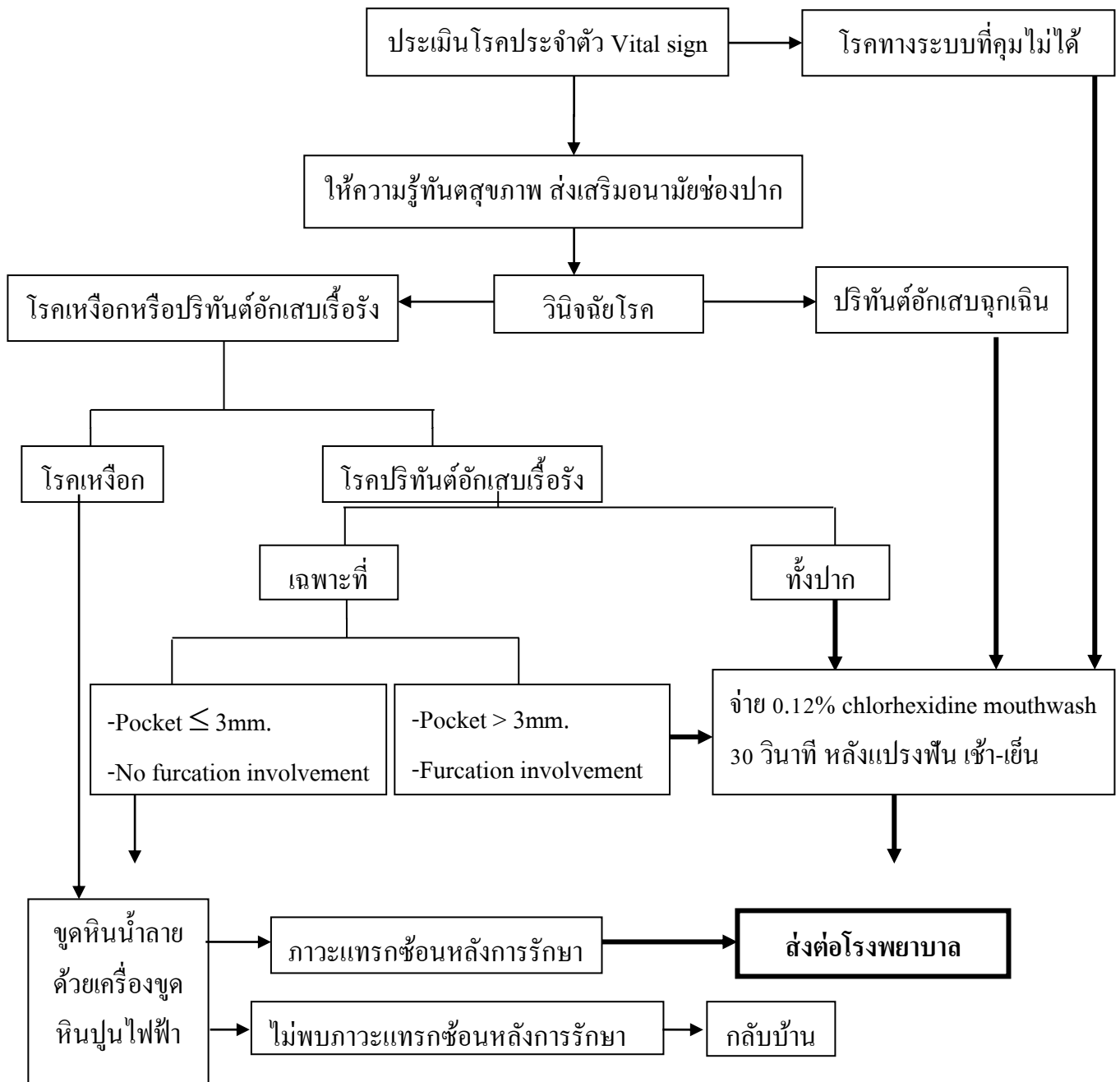
แนวทางให้บริการอุดฟัน



ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 7

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

แนวทางการให้บริการอุดหินปูน



หมายเหตุ

1. กรณีที่ควรส่งต่อได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยฉีดยาโรคระยะติดต่อ ผู้ป่วยเหงือกบวมที่สงสัยว่าอาจมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพอื่นๆ เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น

2. กรณีผู้ป่วย HIV ควรใช้เครื่องอุดหินปูนไฟฟ้า ร่วมกับ high power suction

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 8

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

2. แนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในคลินิกทันตกรรม

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อลดการเกิดภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นขณะและหลังรับบริการทางทันตกรรมใน รพ.สต.
- 1.2 ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.สามารถปฏิบัติตามแนวทางขณะเกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับบริการทันตกรรมได้อย่างถูกต้อง

2. ขอบข่าย

บุคลากรทุกระดับในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอสิชล

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT - PCA -02

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในคลินิกทันตกรรม

3. ตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	สูตรคำนวณ
ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับบริการทางทันตกรรม	<1%	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับบริการทางทันตกรรม}}{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในรพ.สต.}} \times 100$

4. แนวทางการประเมิน : ติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทุก 1 เดือน

5. นิยาม

6. รายละเอียด (ตามรายละเอียดแต่ละเรื่อง)

7. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิชล

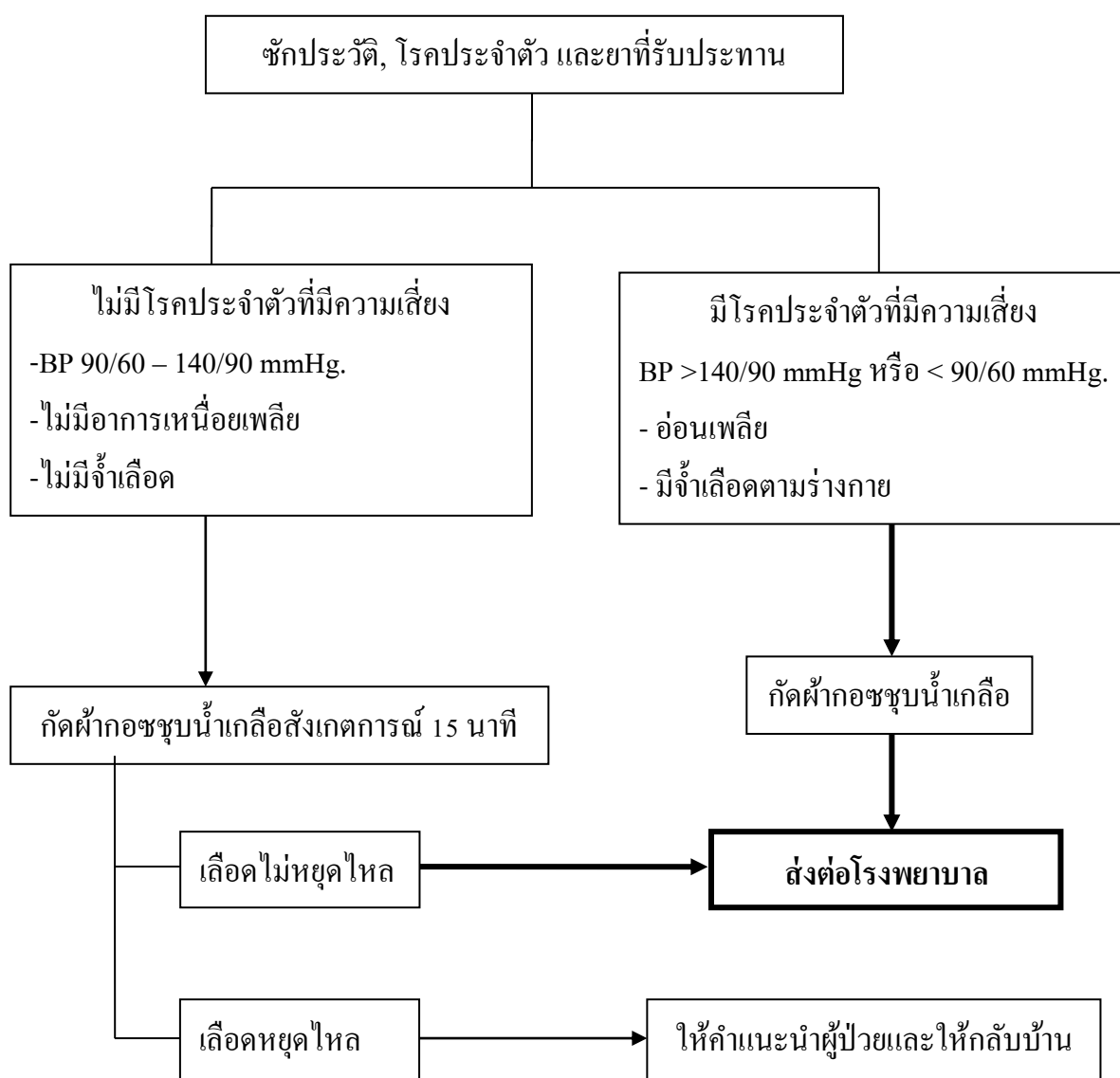
ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 9

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

แนวปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีเลือดออก (Bleeding)

สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการเลือดออก - ปัญหาเลือดออกภายหลังการทำศัลยกรรม

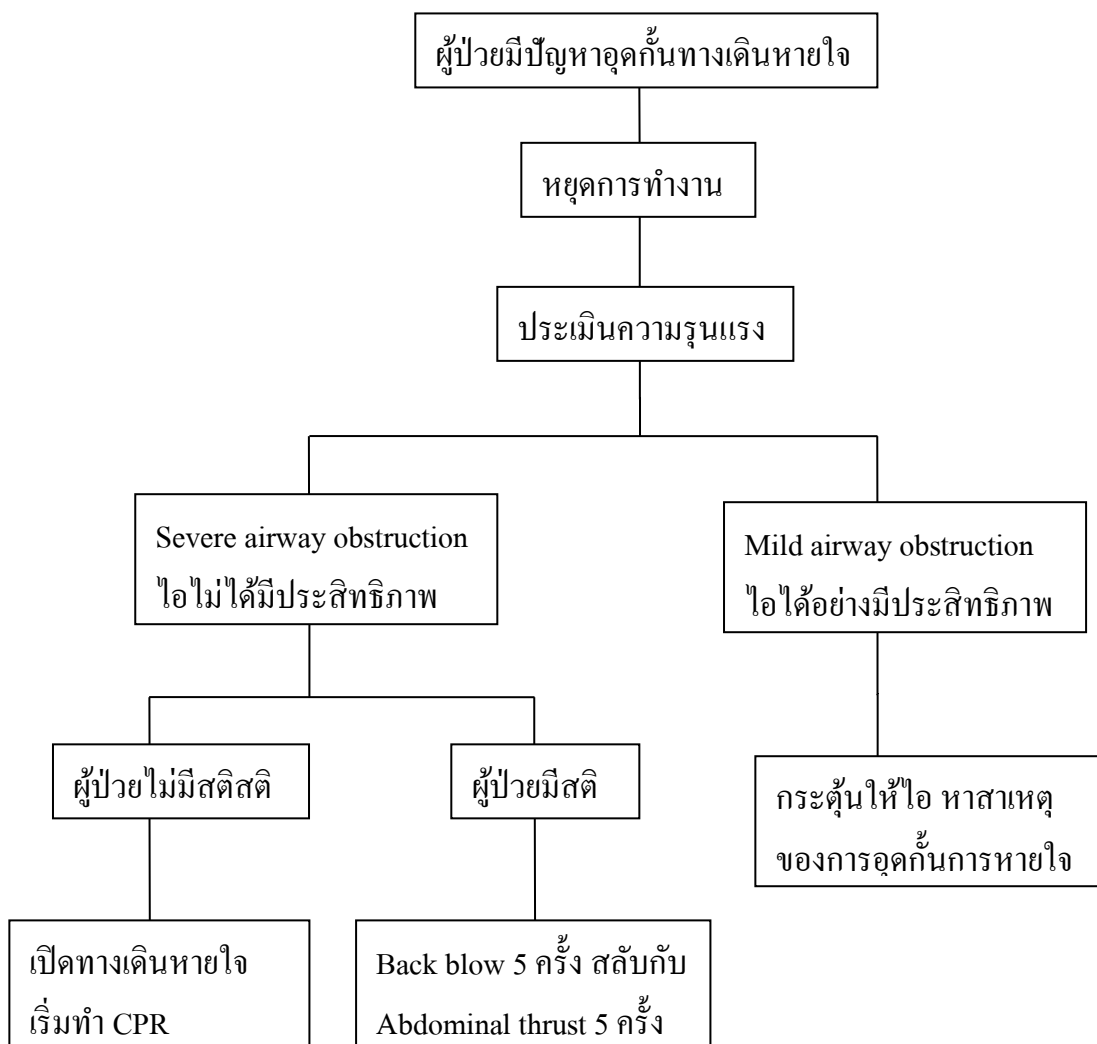
- ปัญหาจากโรคปริทันต์
- ปัญหาจากโรคทางระบบ
- ปัญหาจากการบาดเจ็บ เป็นต้น



ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 10

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยที่มีปัญหาอุดกั้นทางเดินหายใจ



Back blow



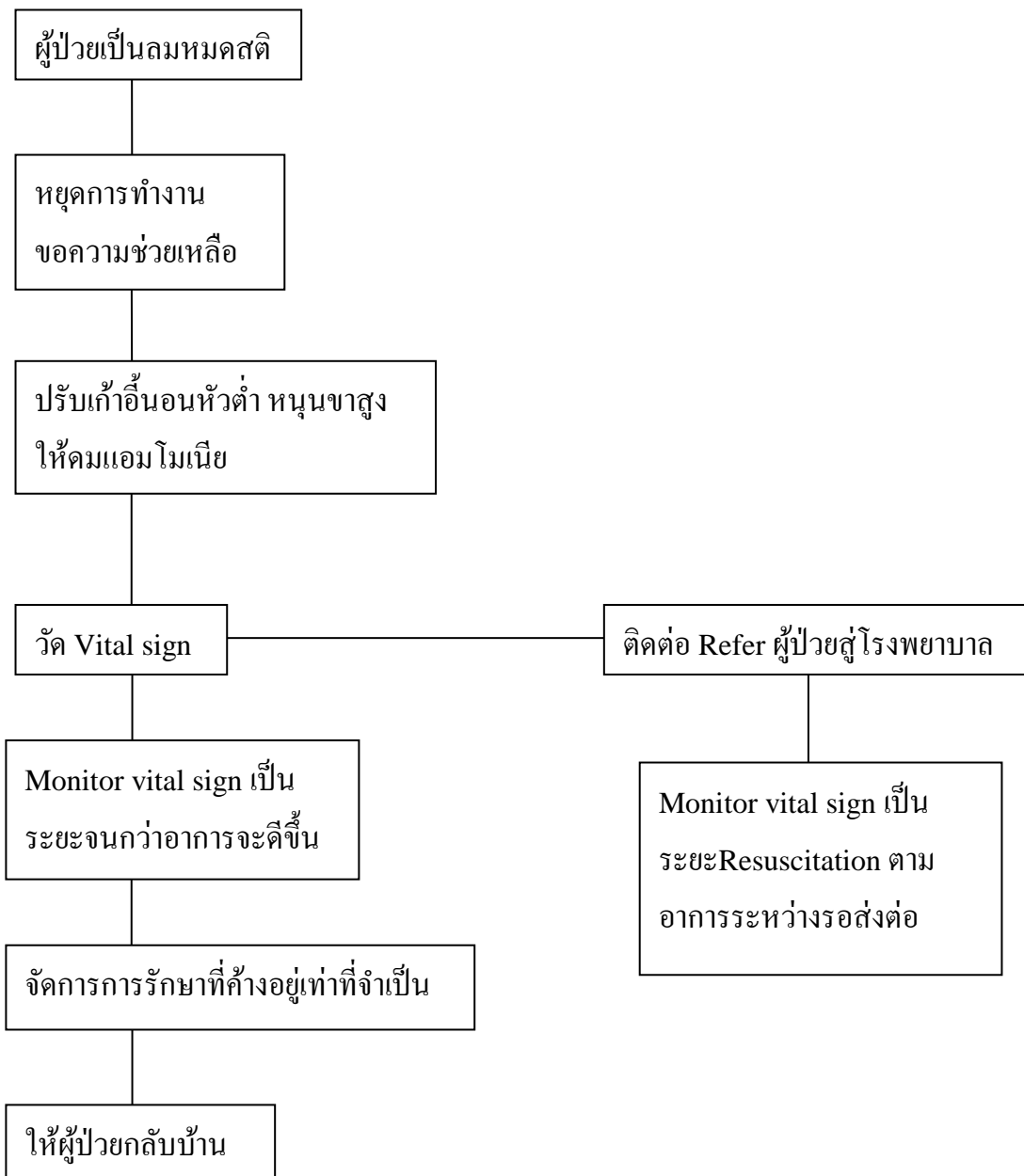
Abdominal thrust

(Heimlich maneuver)

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 11

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

แนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยเป็นลมหมดสติ



ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 12

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

แนวทางการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มวัยเด็กเล็ก (WCC)

1. วัตถุประสงค์

- 1.1. เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลและส่งเสริมทันตสุขภาพของกลุ่มวัยเด็กเล็กใน รพ.สต.อย่างครอบคลุม
- 1.2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งเสริมทันตสุขภาพของกลุ่มวัยเด็กเล็กได้อย่างถูกต้อง
- 1.3. เพื่อให้เด็กเล็กมีสุขภาพช่องปากและฟันดีเพิ่มขึ้น

2. ขอบข่าย

บุคลากรทุกระดับในเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอสีชล

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT - PCA –03

หน้า 2

เรื่อง : แนวทางการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มวัยเด็กเล็ก (WCC)

1. ตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์	สูตรคำนวณ
1.ร้อยละของเด็กเล็ก(0-2ปี)ได้รับการตรวจฟัน	>50%	จำนวนเด็กเล็ก(0-2ปี)ที่ได้รับการตรวจฟัน _____ X 100 จำนวนเด็กเล็ก(0-2ปี)ทั้งหมดในรพ.สต.
2.ร้อยละของเด็กเล็ก(0-2ปี)ได้รับการฟีกทักษะการแปรงฟัน	>20%	จำนวนเด็กเล็ก(0-2ปี)ที่ได้รับการฟีกทักษะการแปรงฟัน _____ X 100 จำนวนเด็กเล็ก(0-2ปี)ทั้งหมดในรพ.สต.
3.ร้อยละของเด็กเล็ก(0-2ปี)ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช	>10%	จำนวนเด็กเล็ก(0-2ปี)ที่ได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช _____ X 100 จำนวนเด็กเล็ก(0-2ปี)ทั้งหมดในรพ.สต.

2. แนวทางการประเมิน : ติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทุก 1 เดือน

3. นิยาม

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 14

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

4. รายละเอียด

กระบวนการ	แนวทางปฏิบัติ
<p>1. การส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มวัยเด็กเล็ก (WCC) โดยการให้ความรู้ ตรวจฟันและทาฟลูออไรด์โดยเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร (13 รพ.สต.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำแผนในการออกดำเนินกิจกรรมและแจ้งแผนการออกดำเนินกิจกรรมให้ รพ.สต. ทั้ง 12 แห่ง ทราบ ให้บริการ ปีละ 2 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> - ครั้งที่ 1 ตุลาคม - พฤศจิกายน - ครั้งที่ 2 มีนาคม- เมษายน 2. ลงทะเบียนเด็กที่มาร่วมกิจกรรม ชื่อ-สกุล, อายุ, เลขบัตรประชาชน, น้ำหนัก - ส่วนสูง 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ และสอนการทำความสะอาดช่องปาก 4. ให้พ่อ-แม่/ผู้ปกครอง ฝึกทำความสะอาดช่องปากให้แก่เด็กทั้งการเช็ดช่องปากในกรณีที่ยังไม่มีฟัน และฝึกแปรงฟันให้เด็กในกรณีที่มีฟันน้ำนมขึ้นแล้ว พร้อมทั้งฝึกตรวจช่องปากให้เด็กด้วย 5. เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร ตรวจช่องปากให้แก่เด็ก และสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากพ่อ-แม่/ผู้ปกครอง กรณีตรวจพบว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปากเรื้อรังควรรีบส่งต่อ โดยให้พ่อ-แม่/ผู้ปกครองพาเด็กมาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลสิชล โดยมีช่องทางบริการพิเศษคือทำการนัดวันและเวลาให้ 6. เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชให้แก่เด็ก <ul style="list-style-type: none"> - กรณีฟันไม่ผุ แนะนำให้มาร่วมกิจกรรมเพื่อทาฟลูออไรด์ทุกๆ 6 เดือน - กรณีมีฟันผุ นัดไปร่วมกิจกรรมและทาฟลูออไรด์ให้ที่โรงพยาบาลทุกๆ 3 เดือน
<p>2. การส่งเสริมทันตสุขภาพใน WCC ใน รพ.สต.ที่มีการให้บริการทางทันตกรรม (5 แห่ง)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใน รพ.สต. ที่มีเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรอยู่ประจำ จะมีการให้บริการให้ความรู้ สอนการทำ ความ สะอาดช่องปาก ฝึกให้พ่อ-แม่/ผู้ปกครองแปรงฟันและตรวจฟันให้แก่เด็กและส่งต่อเด็ก ในรายที่มีความจำเป็นต้องทำการรักษาเรื้อรังมาโรงพยาบาลเพื่อพบทันตแพทย์ 2. ใน รพ.สต. ที่ไม่มีทันตบุคลากรประจำ แต่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนไปให้บริการทางทันตกรรม <ol style="list-style-type: none"> 2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจคัดกรองเด็กในวันที่มารับบริการฉีดวัคซีนในคลินิกเด็กดี ถ้าเด็กรายใดยังไม่ได้รับการตรวจฟันและทาฟลูออไรด์ ให้ทำการลงทะเบียนและนัดมาพบทันตบุคลากร ในวันและเวลาที่ทันตบุคลากรออกปฏิบัติงานที่ รพ.สต. 2.2 เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร ตรวจช่องปากให้แก่เด็ก และสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากพ่อ-แม่/ผู้ปกครอง กรณีตรวจพบว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปากเรื้อรังควรรีบส่งต่อ โดยให้พ่อ-แม่/ผู้ปกครองพาเด็กมาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลสิชล โดยมีช่องทางบริการพิเศษคือทำการนัดวันและเวลาให้ 2.3 เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชให้แก่เด็ก <ul style="list-style-type: none"> - กรณีฟันไม่ผุ แนะนำให้มาร่วมกิจกรรมเพื่อทาฟลูออไรด์ทุกๆ 6 เดือน - กรณีมีฟันผุ นัดทาฟลูออไรด์ให้แก่เด็กที่ รพ.สต. ทุกๆ 3 เดือน

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 15

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

<p>3. การส่งเสริมทันตสุขภาพใน WCC ใน รพ.สต.ที่ไม่มีบริการทันตกรรม (8 แห่ง)</p>	<p>1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตรวจสอบคัดกรองเด็กในวันที่มารับบริการฉีดวัคซีนในคลินิกเด็กดี ถ้าเด็กรายใดยังไม่ได้รับการตรวจฟันและทาฟลูออไรด์ ให้ทำการนัดมาพบทันตบุคลากรที่โรงพยาบาลสิชล</p> <p>2.เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร ตรวจสอบช่องปากให้แก่เด็ก และสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง</p> <p>3.เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรให้บริการทาฟลูออไรด์วานิชให้แก่เด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรณีฟัน ไม่ผุ แนะนำให้มาร่วมกิจกรรมเพื่อทาฟลูออไรด์ทุกๆ 6 เดือน - กรณีมีฟันผุ นัดทาฟลูออไรด์ให้แก่เด็กที่โรงพยาบาลทุกๆ 3 เดือน <p>4.กรณีตรวจพบว่าเด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปากเร่งด่วน ทันตบุคลากรก็จะทำการส่งต่อให้พบทันตแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป</p>
--	---

1. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิชล

ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 16

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

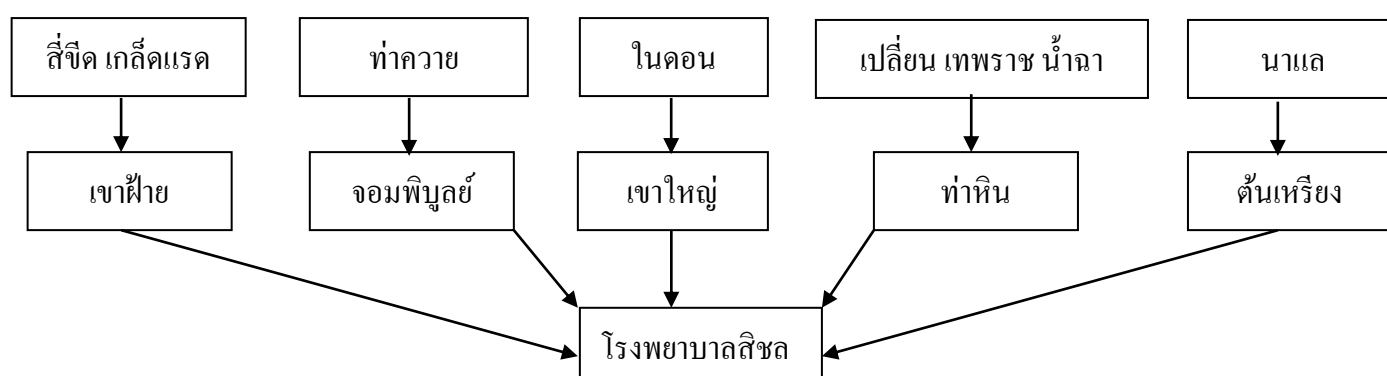
ตารางการให้บริการทันตกรรมที่รพ.สต. ในอำเภอสิชล

ชื่อ รพ.สต.	วันที่ให้บริการ	บริการที่ให้
ต้นเหรียญ	ทุกวันอังคาร	ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน
เขาใหญ่	ทุกวันพฤหัสบดี	ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน
จอมพิบูลย์	ทุกวันพฤหัสบดี	ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน
เขาฝ้าย	ทุกวันจันทร์แรกของเดือน	ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน
ท่าหิน	มีทันตภิบาลประจำ ทุกวันจันทร์และพุธ ทุกวันอังคารและพฤหัสบดี ทุกวันศุกร์	ทำคนไข้นัด เข้า-ถอนฟัน บำรุง-ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ออกหน่วย

แบ่งตามโซนการให้บริการ

โซน	รพ.สต. ที่ให้บริการ ทันตกรรม	บริการที่ให้	รพ.สต. ในเขต
เหนือ	เขาฝ้าย	ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน	สี่ขีด เกล็ดแรด
กลาง	จอมพิบูลย์	ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน	ท่าควาย
	เขาใหญ่	ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน	ในดอน
ใต้	ท่าหิน	ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน อุด ฟัน	เปลี่ยน เทพราช น้ำฉา
	ต้นเหรียญ	ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอน ฟัน	นาแล

การส่งต่อคนไข้ทันตกรรมในรพ.สต.



ระเบียบวิธีปฏิบัติ : รหัส WI – DENT – Star 001 หน้า 17

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรม

อาการที่ควรส่งผู้ป่วยมาพบทันแพทย์ทันที

1. ปวดฟันมาก ปวดฟันตลอดเวลา
2. มีอาการบวม กดเจ็บ
3. มีหนองไหลออกมาจากเหงือก หรือมีตุ่มหนอง
4. มีอาการอ้าปากได้น้อยลง มีไข้ กลืนและหายใจไม่สะดวก
5. อุบัติเหตุหล่นฟันหัก หรือฟันหลุดออกจากเบ้าฟัน
6. ถอนฟันแล้วเลือดไหลไม่หยุด มีหนอง บวม
7. ขากรรไกรค้าง หรือกัดฟันได้ไม่เหมือนเดิม

มีแผลเรื้อรังในช่องปากนานเกิน 2 สัปดาห์

ภาคผนวก

<p>วันที่.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กก. T.....°c BP.....mm/Hg RR.....ครั้ง/นาที P.....ครั้ง/นาที อาการสำคัญ..... โรคประจำตัวและยาที่รับประทาน..... แพ้ยา..... วินิจฉัยโรค..... การรักษา..... ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ</p>	<p>วันที่.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กก. T.....°c BP.....mm/Hg RR.....ครั้ง/นาที P.....ครั้ง/นาที อาการสำคัญ..... โรคประจำตัวและยาที่รับประทาน..... แพ้ยา..... วินิจฉัยโรค..... การรักษา..... ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ</p>
<p>วันที่.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กก. T.....°c BP.....mm/Hg RR.....ครั้ง/นาที P.....ครั้ง/นาที อาการสำคัญ..... โรคประจำตัวและยาที่รับประทาน..... แพ้ยา..... วินิจฉัยโรค..... การรักษา..... ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ</p>	<p>วันที่.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กก. T.....°c BP.....mm/Hg RR.....ครั้ง/นาที P.....ครั้ง/นาที อาการสำคัญ..... โรคประจำตัวและยาที่รับประทาน..... แพ้ยา..... วินิจฉัยโรค..... การรักษา..... ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ</p>
<p>วันที่.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กก. T.....°c BP.....mm/Hg RR.....ครั้ง/นาที P.....ครั้ง/นาที อาการสำคัญ..... โรคประจำตัวและยาที่รับประทาน..... แพ้ยา..... วินิจฉัยโรค..... การรักษา..... ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ</p>	<p>วันที่.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กก. T.....°c BP.....mm/Hg RR.....ครั้ง/นาที P.....ครั้ง/นาที อาการสำคัญ..... โรคประจำตัวและยาที่รับประทาน..... แพ้ยา..... วินิจฉัยโรค..... การรักษา..... ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ</p>

แบบฟอร์มการซักประวัติก่อนนอนพินของรพ.สต. ในอำเภอสิชล

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน

1. วัดความดันโลหิตและชีพจรในผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกราย
 ความดันโลหิต.....mmHg (ปกติ 120-139/80-89 mmHg)
 ชีพจร.....ครั้ง/นาที (ควรรู้อยู่ระหว่าง 60-100ครั้ง/นาที)

2. ซักประวัติทางการแพทย์ทั่วไป
 ประวัติการแพ้ยา/อาหาร ไม่ใช่ ใช่.....
 เคยพักรักษาตัวที่รพ. ไม่ใช่ ใช่.....
 เคยผ่าตัด ไม่ใช่ ใช่.....
 มีที่รับประทานเป็นประจำอยู่ ไม่ใช่ ใช่.....

(ห้ามถอนพินผู้ป่วยที่กินยาสเตรอยด์เป็นเวลานาน ยาต้านเกร็ดเลือดเช่น aspirin gr V ยาละลายลิ่มเลือด เช่น warfarin, coumadin ยกเว้น aspirin 81 mg ให้ถอนพินได้ แต่ต้อง observe bleeding หลังถอนพิน)

- การสูบบุหรี่เป็นประจำ ไม่ใช่ ใช่....(ระวังเรื่องการอักเสบของแผลถอนพิน)
 การดื่มสุราเป็นประจำ ไม่ใช่ ใช่....(ไม่ควรถอนพิน)
 การตั้งครรภ์ ไม่ใช่ ใช่...(ทำได้ในไตรมาสที่ 2)
 เคยมีอุบัติเหตุใบหน้า/ขากรรไกร ไม่ใช่ ใช่...(ระวังเรื่องข้อต่อขากรรไกร)

3. ซักประวัติโรคประจำตัว

- เบาหวาน FBS.....mg% HbA1C.....% (ระดับน้ำตาลไม่เกิน 160 mg% หรือ HbA1C ไม่เกิน 7%)
 ความดันโลหิตสูง (ควรรู้อยู่ระหว่าง 120/80-140 /90 mmHg ยาชาไม่ควรเกิน 2 หลอด)
 โรคหัวใจ/ลิ้นหัวใจ (ถ้ามีประวัติโรคหัวใจทุกชนิดไม่ทำ ควรให้ยาตามอาการและส่งต่อ)
 โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (ทำได้ในกรณี mild type ถ้ามีประวัติเคยให้เลือด ไม่ถอนพิน)
 โรคเลือดอื่นๆ (เช่น ความผิดปกติของการสร้างลิ่มเลือด เกร็ดเลือด ไม่ถอนพิน)
 โรคตับ (เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง มักพบร่วมกับ ตัวเหลือง ตาเหลือง จ้ำเลือด ท้องมาน ไม่ถอนพิน)
 โรคไต (ถ้ามีการฟอกไต ปลูกถ่ายไต ไม่ถอนพิน)
 โรคหอบหืด ได้รับยาสม่ำเสมอ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ถอนพินได้)
 วัณโรคปอด (รักษาต่อเนื่องมากกว่า 2 เดือนและไม่มีอาการไอ ถอนพินได้)
 โรคเอดส์ (CD4 มากกว่า 500 ถอนพินได้ ต่ำกว่านี้ไม่ถอนพิน)
 โรคไทรอยด์ (ได้รับยาต่อเนื่องและชีพจรไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที ถอนพินได้)
 โรคลมชัก (ไม่ถอนพิน)
 มะเร็งทุกชนิด (ไม่ถอนพิน)
 โรคอื่นๆนอกเหนือจากนี้ ให้ปรึกษาทันตแพทย์ก่อนการถอนพิน

4. ประวัติทางทันตกรรม ไม่เคย เคย ระบุ.....



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลสิชล

ตามประกาศโรงพยาบาลสิชล

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณชนผ่านเว็บไซต์

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหน่วยงาน กองทันตกรรม

วัน/เดือน/ปี 10 ธันวาคม 2564

หัวข้อ คู่มือการปฏิบัติงานทันตกรรม ในพื้นที่ของสหภาพ ๓ เกษตร

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

แนวทางการปฏิบัติงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิชล เลขที่ ๓๓ ในเขตอำเภอ
สิชล

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

อัททนี เขาทอง
(นางอัททนี เขาทอง)

ตำแหน่ง หัวหน้างานทันตกรรมโรงพยาบาลสิชล

วันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564

ผู้อนุมัติรับรอง

ชช
(นายสุภาพ เขาทอง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติ

วันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

pc
(นายวรายุทธ์ จุลเสวตร์)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์

วันที่ เดือน พ.ศ.