

การคัดกรองช่วง
สถานการณ์โควิด-19
ปัจจุบัน



การจัดลำดับเข้ารับบริการ



สอบถาม ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ทุกครั้งก่อน
ป้องกันให้บริการผิดคน อย่าเชื่อ อย่าทำตามนะ

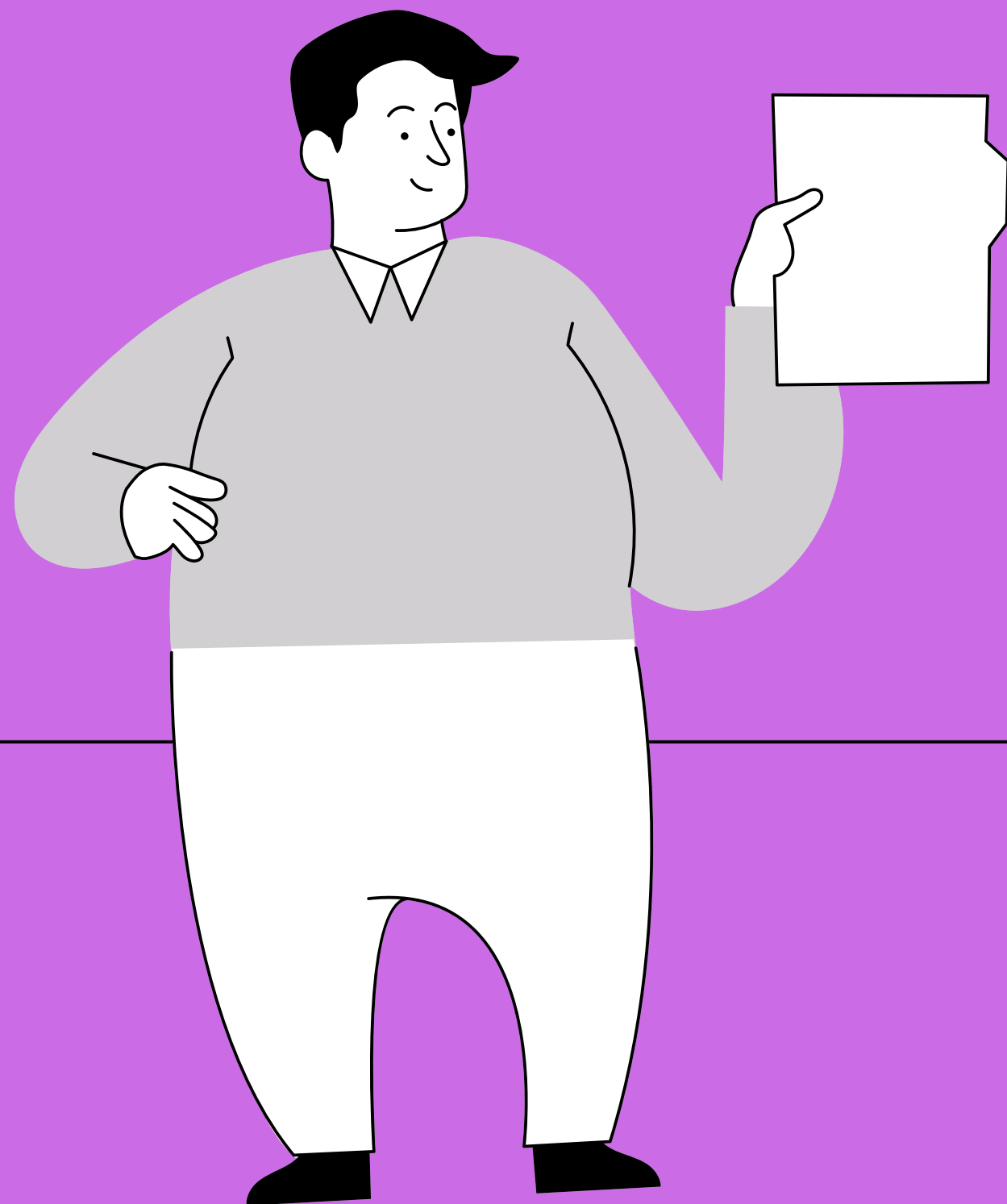
การจัดลำดับ เข้ารับบริการ

การ จัดลำดับเข้ารับบริการ
จะจัดตามลำดับก่อนหลัง

ยกเว้นผู้ป่วยต่อไปนี้จะให้บริการก่อน

1. ผู้สูงอายุ อายุเกิน 80 ปี
2. ผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือมีภาวะฉุกเฉิน
3. ผู้ป่วยพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
4. พระภิกษุ
5. ผู้รับบริการจากคลินิกฝากครรภ์
จะมีลำดับเฉพาะ
6. ผู้ป่วยนัด มาก่อนเวลานัดจะเรียกตามเวลานัด

การซักประวัติ

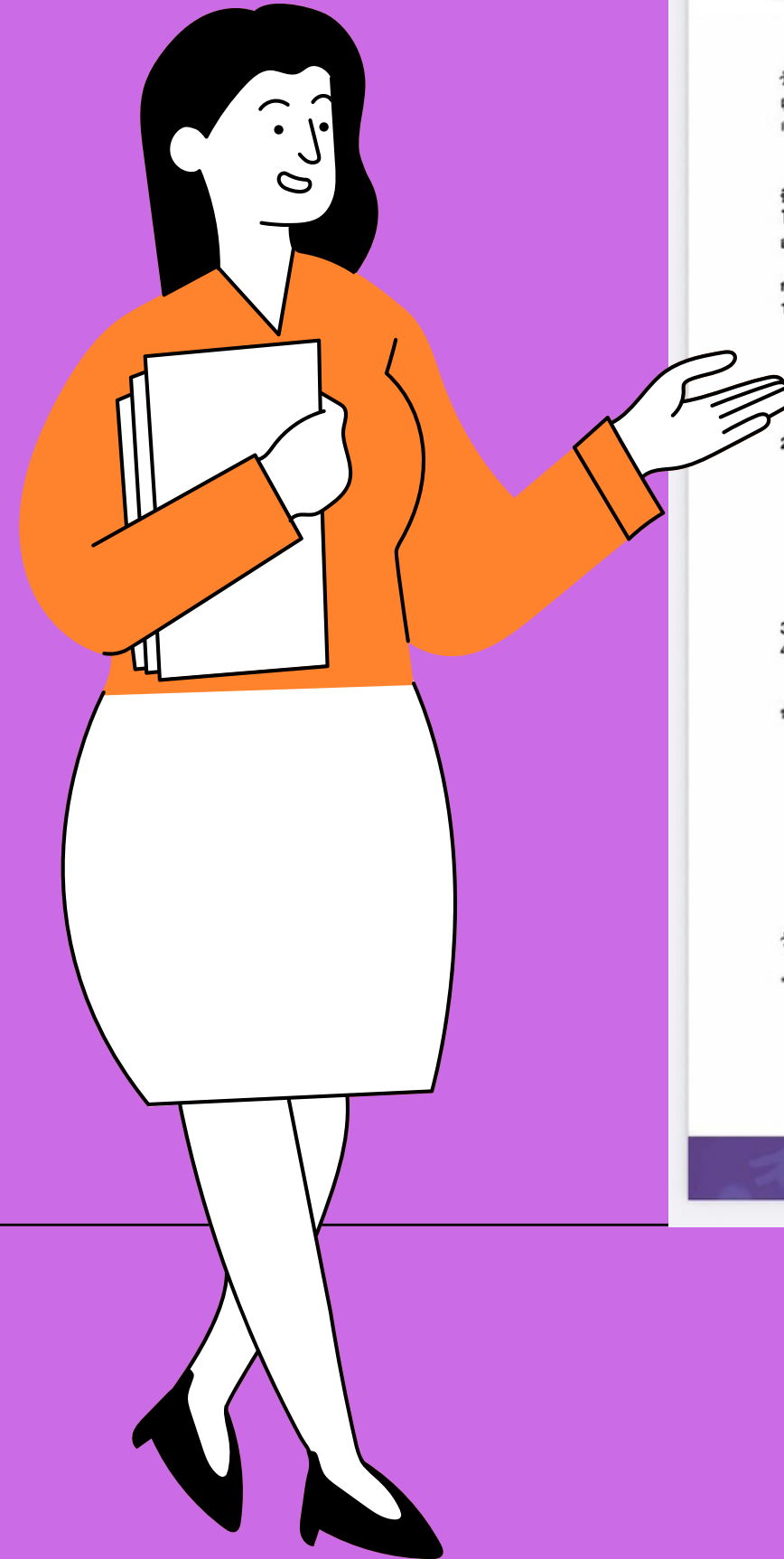



- การเดินทางกลับมาจากต่างจังหวัด/ต่างประเทศ ทั้งตัวผู้รับบริการหรือญาติ หากมี สอบถามถึง วันและเวลาที่เดินทางไป และ กลับ รวมถึงสาเหตุการเดินทาง
 - อาการเสียง ได้แก่ ไข้ ไอ จาม น้ำมูก เจ็บคอ หรือไม่ หากมีอาการ สอบเพิ่มเติมถึง ระยะเวลา และลักษณะอาการ
 - มีประวัติใกล้ชิด / สัมผัส กลุ่มเสี่ยง หรือผู้ป่วยยืนยันหรือไม่
 - ตัวผู้รับบริการเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในช่วงต้องกักตัวหรือไม่
 - เคยมีประวัติเป็นโควิด-19 มาก่อนหรือไม่
- หากมีประวัติ สอบถามเพิ่มเติมถึง วันที่มีการยืนยันผลว่าเป็น วันที่ออกจากการรักษา สถานที่พักระหว่างช่วงรักษา
- จำนวนวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับ
 - ฉีดแล้ว 1 เข็ม สามารถทำฟันได้หลังจากผ่านไป 1 เดือน
 - ฉีดแล้ว 2 เข็ม สามารถทำฟันได้หลังจากผ่านไป 1 สัปดาห์
 - ฉีด แล้ว 3 เข็มขึ้นไป สามารถทำฟันได้หลังจากผ่านไป 1 สัปดาห์

กรณีไม่มีอาการ - สามารถทำฟันได้หลังจากครบ 1 เดือน โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่ออกจากกักตัว 10 วัน

กรณีมีอาการแต่ยังไม่ครบ 1 เดือน – แจ้งผู้รับบริการถึง มาตรการทำฟันหลังเป็นโควิด แต่ให้เข้าไปตรวจก่อน โดยให้ทันตแพทย์เป็นผู้พิจารณาถึงความจำเป็นในการ รักษา

** หากจำเป็นต้องทำแจ้งผู้รับบริการจะต้องมีการตรวจ ATK ก่อนทำหัตถการซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม



 **แบบคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม**

วัตถุประสงค์ เพื่อคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม ทำให้เกิดความปลอดภัยแก่คนไข้และผู้เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินเบื้องต้นเท่านั้น การตัดสินใจให้การรักษาทางทันตกรรมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจเพิ่มเติมและดุลยพินิจของทันตแพทย์

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี
โรคประจำตัว / การแพ้ยา หรือแพ้อาหาร / การตั้งครรภ์.....
อาชีพ(โปรดระบุรายละเอียด).....เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริง โดยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง

1. ท่านมีประวัติเหล่านี้หรือไม่ (ภายในระยะเวลา 14 วันที่ผ่านมา)	มี	ไม่มี
1.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 มีประวัติเกี่ยวข้องกับบริเวณที่มีการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน (Cluster)/พื้นที่ความชุมสูง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 มีประวัติเดินทางจากต่างประเทศ/จังหวัด (ถ้ามี โปรดระบุ.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 มีประวัติเกี่ยวข้องกับไปสถานที่ชุมนุม หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่	มี	ไม่มี
2.1 มีไข้.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 ไอ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 มีน้ำมูก.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 เจ็บคอ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 จมูกไม่ได้กลิ่นหรือได้กลิ่นลดลง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 ลิ้นไม่รู้สึกหรือลิ้นรับรสลดลง.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. มีประวัติป่วยด้วยโรคโควิด -19 แต่รักษาหายแล้ว (ระบุวันที่รักษาหาย.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. วัตถุประสงค์ร่างกายโดยเจ้าหน้าที่ได้.....องศาเซลเซียส	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ผู้ให้ข้อมูล.....
(.....)

ลงชื่อ ผู้คัดกรอง.....
(.....)

วันที่.....เวลาเข้า.....เวลาออก.....

** หากมีประวัติป่วยด้วยโรคโควิด-19 แต่รักษาหายแล้วและทำ home isolation ครบ 1 เดือน สามารถรับการรักษาได้
(ในกรณีทันตกรรมฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ให้อยู่ในดุลยพินิจของทันตแพทย์)
พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558

4 มกราคม 2564

เคยมีประวัติเป็นโควิดสามารถ
ทำฟันได้เมื่อไหร่

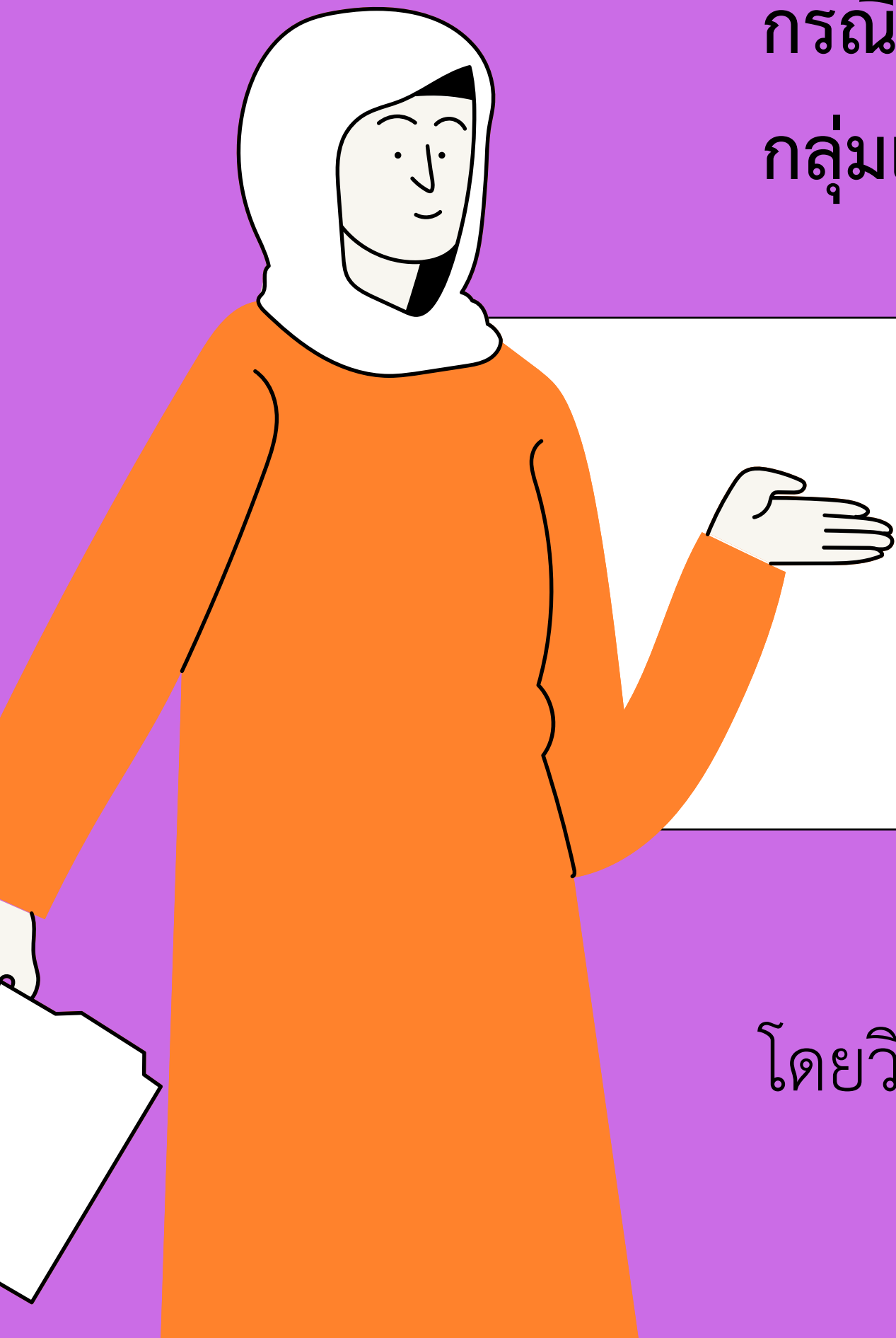
หัตถการดูดหิน น้ำลายเริ่มทำเมื่อไหร่



- หากไม่มีอาการ เช่น เหงือกบวม เหงือกอักเสบ มีกลิ่นปาก แจ้งผู้รับบริการว่าปัจจุบันห้องฟันยังไม่รับบริการดูดหินน้ำลาย เนื่องจากเป็นหัตถการที่ฟุ้งกระจายมาก หากไม่มีอาการแนะนำให้ทันตสุขศึกษา

- หากมีอาการ แจ้งผู้รับบริการว่าให้เข้าไปตรวจก่อนหากทันตแพทย์พิจารณาเห็นความจำเป็นต้องดูดหินน้ำลาย

**** หากจำเป็นต้องทำแจ้งผู้รับบริการจะต้องมีการตรวจ ATK ก่อน
ทำหัตถการซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม**



กรณีจำเป็นต้องทำหัตถการผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นผู้ป่วยยืนยัน /
กลุ่มเสี่ยง / ยังไม่ได้รับวัคซีน / มีอาการเสี่ยง จะต้องทำอย่างไร

“ แจ้งผู้รับบริการจะต้องมีการตรวจ ATK ก่อนทำซึ่งจะมีค่า
บริการแยกจากสิทธิของผู้รับบริการ 250 บาท ”

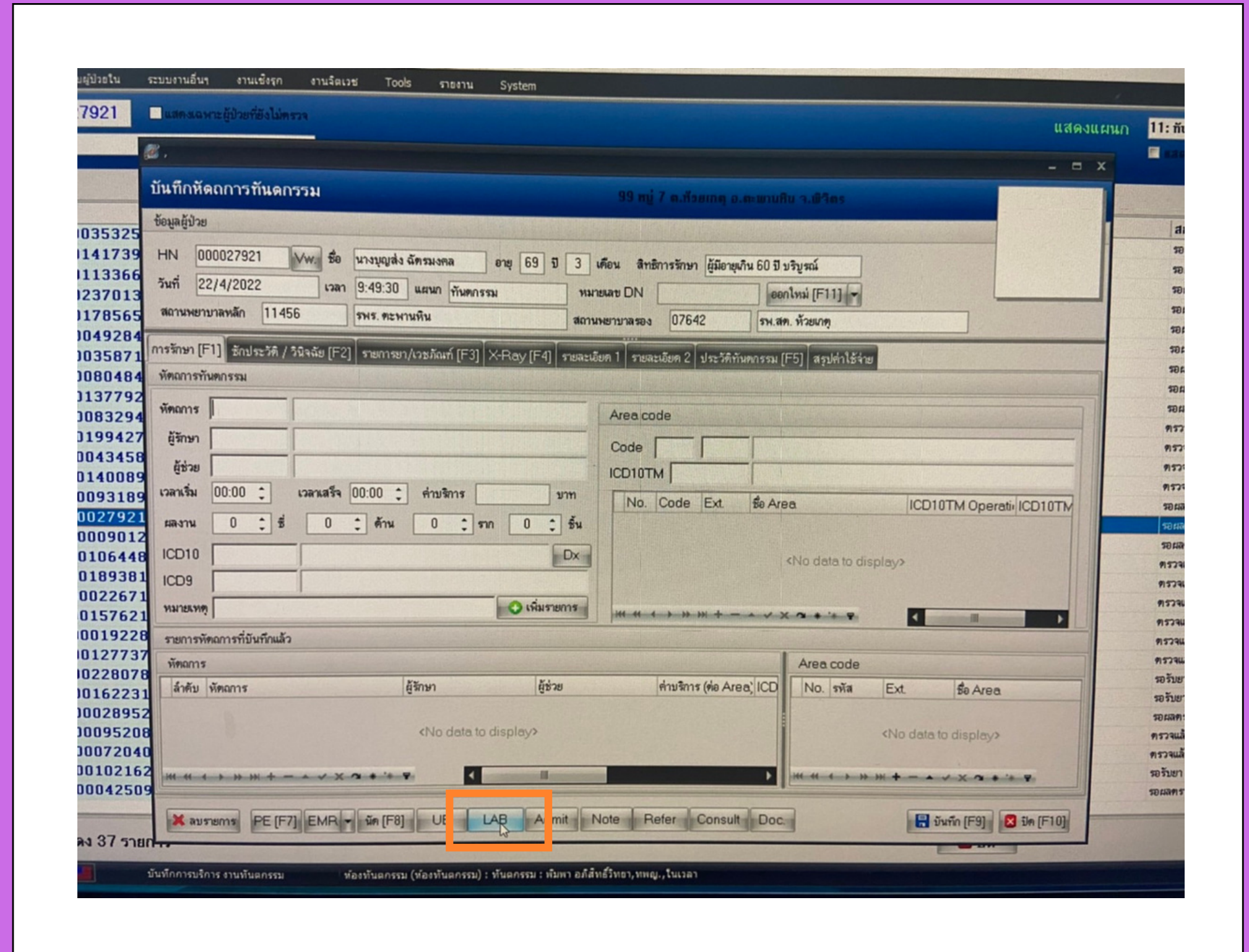
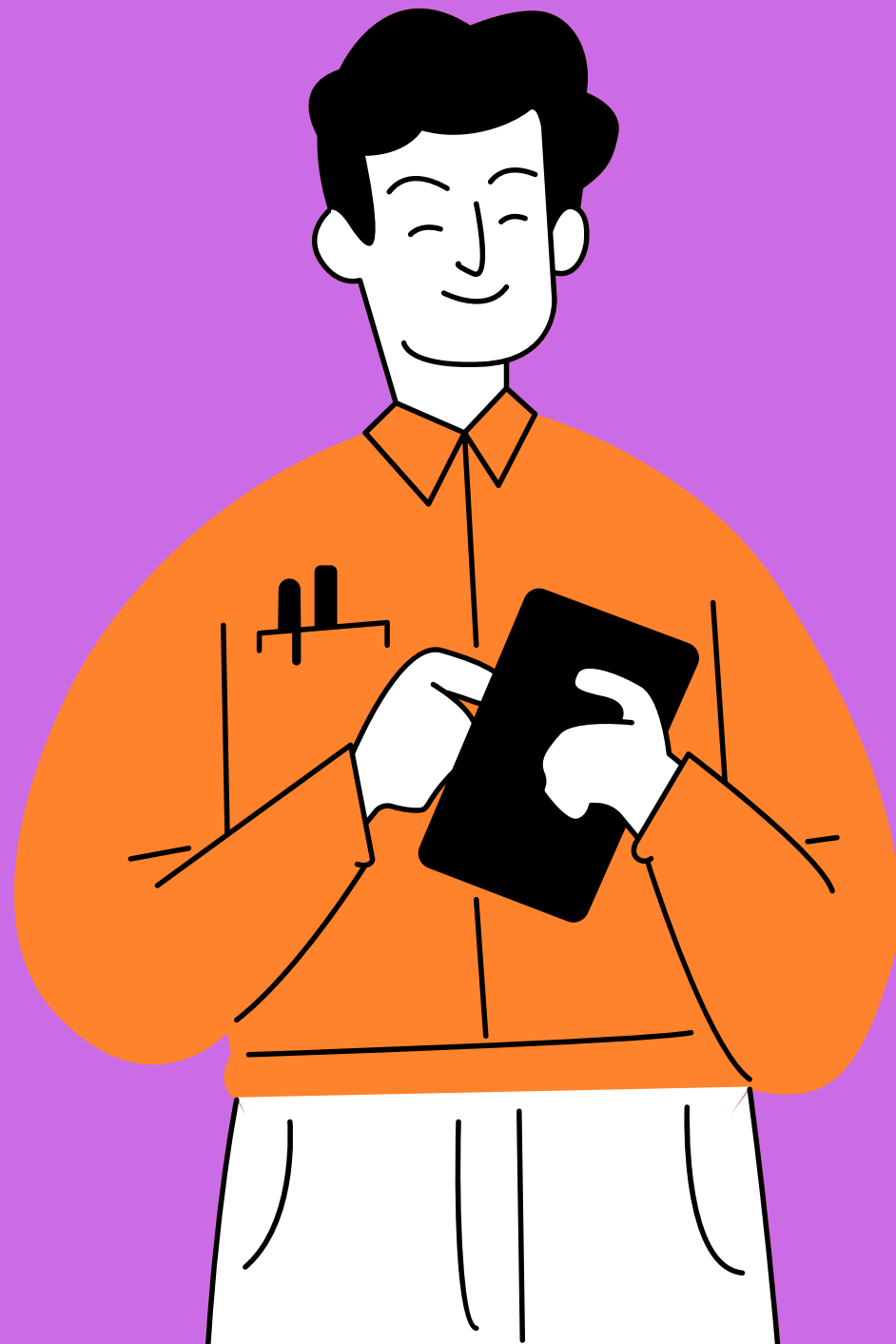
โดยวิธีการส่งตรวจนั้นทำได้ ดังนี้

1.เปิด visit ของผู้มารับบริการเป็นสิทธิ ชำระเงิน อีก 1 ใบ โดยให้ทันตแพทย์ผู้รักษาเขียน
ส่งตรวจ ATK ก่อนทำหัตถการ และลงชื่อ ในหน้า OPD card ของผู้มารับบริการ

ตรง / อก
นางวิยะดา สง่าไพบูรณ์ อายุ 41 ปี HN : 000162231
DN : 6306405
เบอร์โทรศัพท์ : 086-2076899 สิทธิ : สิทธิเบิกกรมบัญชีกลาง
เลขที่สิทธิบัตร 3620200052267
อุณหภูมิตั้งใจ 36.7 องศาเซลเซียส สถานพยาบาลหลัก : รพ. ตะพานหิน
22 เม.ย. 2022 - 9:00:46
 ไม่แพ้ยา แพ้ยา
ประวัติการรับยาเดิม ไม่มี
 มีโรค รับยาที่.....
⊗ Covid-19
VC 4 ตีฆ
ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาดำเนินการรักษาดังกล่าวของคลินิกทันตกรรม
ลงชื่อ x วิยะดา สง่าไพบูรณ์ ผู้รับ
ผู้รับบริการ ใบรับตรวจ
ห้องทันตกรรม FORM-RxORDER1-Queue
650422090046



2. เปิดหน้าบันทึกเหตุการณ์ทันตกรรมของผู้มารับบริการใน visit ที่เป็นสิทธิชำระเงิน หลังจากนั้นกดที่คำว่า LAB

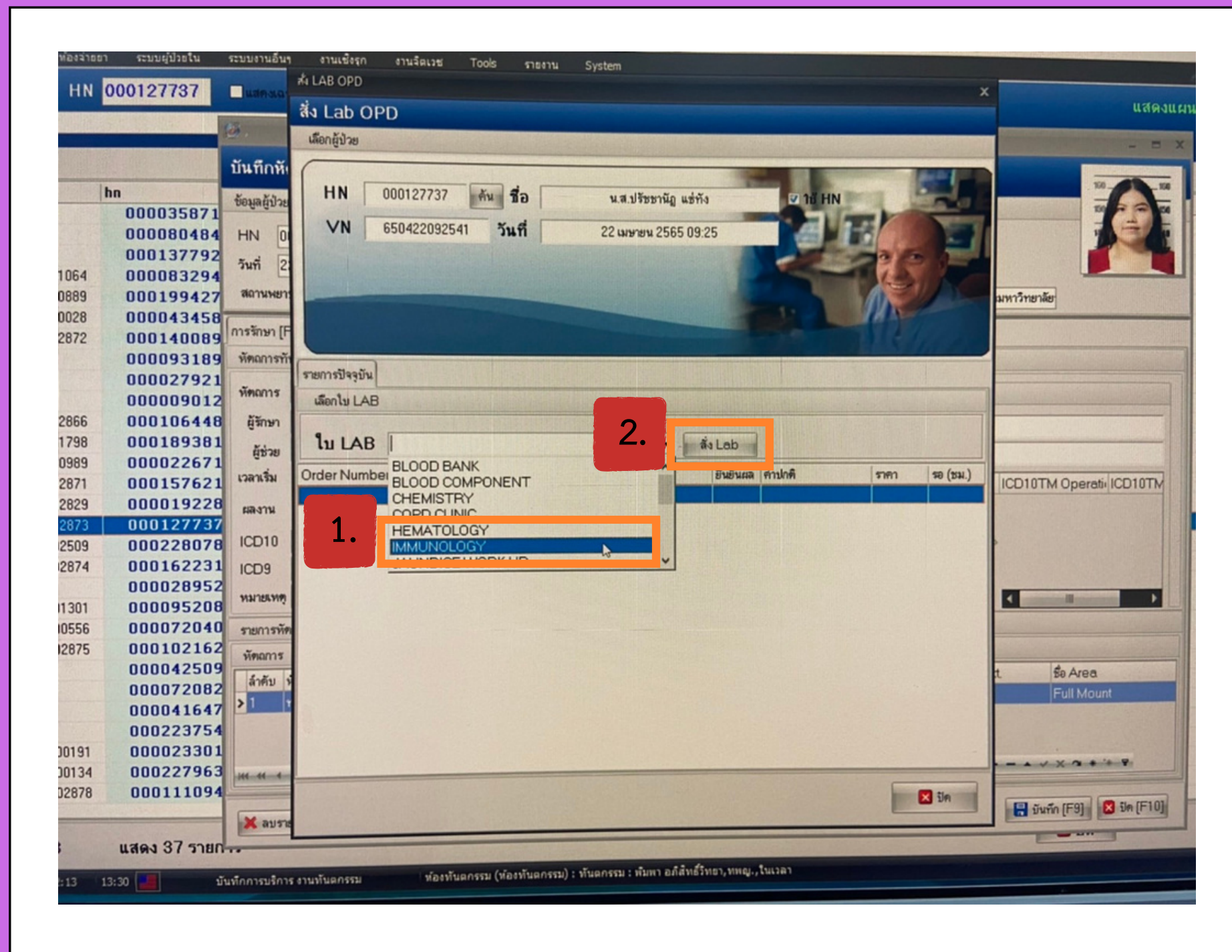


3. กดเลือก visit ชำระเงิน หลังจากนั้นกด ตกลง

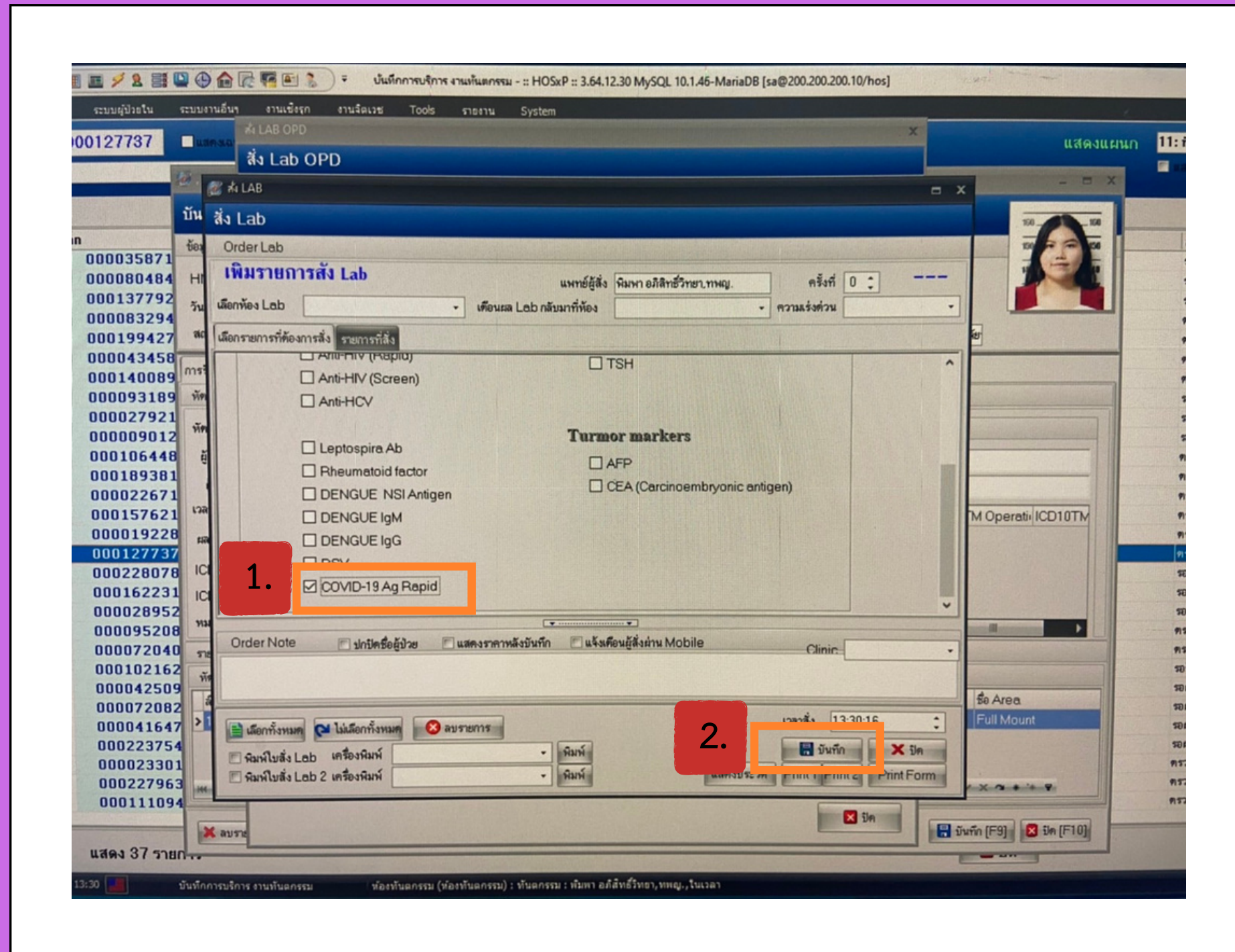
A screenshot of a medical software interface. The main window is titled 'บันทึกนัดการทันตกรรม' (Dental Appointment Record) and shows a list of visit records. A dialog box titled 'เลือก Visit' (Select Visit) is open, displaying a table of visit records. The first row of the table is highlighted in orange and has a red '1.' next to it. The dialog box has a 'ตกลง' (OK) button highlighted in orange with a red '2.' next to it. The interface includes a patient ID '00127737', a patient name 'น.ส.ปรีชานัญ แฉ่กิ่ง', and a list of visit records with columns for visit number, date, time, duration, visit type, and amount.

เลขที่นัด	วันที่นัด	เวลา	ระยะเวลา	ชนิดนัด	หมายเหตุ	จำนวนเงิน
1	22/04/2565	09:25:41	10	ชำระเงิน	ทันตกรรม	0.00
3	29/12/2564	14:31:19	10	ชำระเงิน	คิวสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโร	0.00
4	17/12/2564	14:38:52	91	นัดประกันสุขภาพ(ucs)รพ.ต่างจังหวัด 8965001376561	อายุขการกรม	0.00
5	17/12/2564	08:53:52	10	ชำระเงิน	อายุขการกรม	0.00
6	15/07/2564	13:16:48	10	ชำระเงิน	อายุขการกรม	0.00
7	24/06/2564	13:29:34	10	ชำระเงิน	อายุขการกรม	0.00
8	21/06/2564	07:59:57	91	นัดประกันสุขภาพ(ucs)รพ.ต่างจังหวัด 8965003176566	นวิเวชการกรม	0.00
9	17/06/2564	08:56:59	10	ชำระเงิน	ทันตกรรม	0.00
10	22/05/2564	10:55:56	89	นัดประกันสุขภาพ(ucs)ช่วงอายุ 1 R896500317656	อายุขการกรม	0.00
11	29/04/2564	17:41:48	89	นัดประกันสุขภาพ(ucs)ช่วงอายุ 1 R896500317656	ศัลยกรรม	0.00
12	25/04/2564	11:44:46	89	นัดประกันสุขภาพ(ucs)ช่วงอายุ 1 R896500317656	อายุขการกรม	0.00
13	22/04/2564	18:51:32	89	นัดประกันสุขภาพ(ucs)ช่วงอายุ 1 R896500317656	ทันตกรรม	0.00

4. กดเลือกหัวข้อ IMMUNOLOGY ในช่อง ใ้ LAB หลังจากนั้น
กดสั่ง LAB



5. กดเครื่องหมายถูกต้องในหัวข้อ Covid-19 Ag Rapid
หลังจากนั้น กด บันทึก





** ทั้งนี้ขึ้นกับการสื่อสารและตกลงกันระหว่างทันตแพทย์ผู้รักษากับผู้มารับบริการในการเลือกช่องทางการตรวจ ATK ก่อนรับบริการทันตกรรม เช่น

- ผู้รับบริการยินยอมชำระเงิน 250 บาท ก็สามารถส่งตรวจ ATK ก่อนรับบริการได้โดยรอผลประมาณ 15-30 นาที

- ให้ผู้รับบริการไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านและนำไปรับรองผลมายืนยัน

- ให้ผู้รับบริการซื้อชุดตรวจ ATK มาให้เจ้าหน้าที่ห้องฟันตรวจก่อนรับบริการ

- ให้ผู้รับบริการตรวจเองมาจากที่บ้านและนำผลมาแจ้งยืนยัน

ขอขอบคุณ
ค่ะ