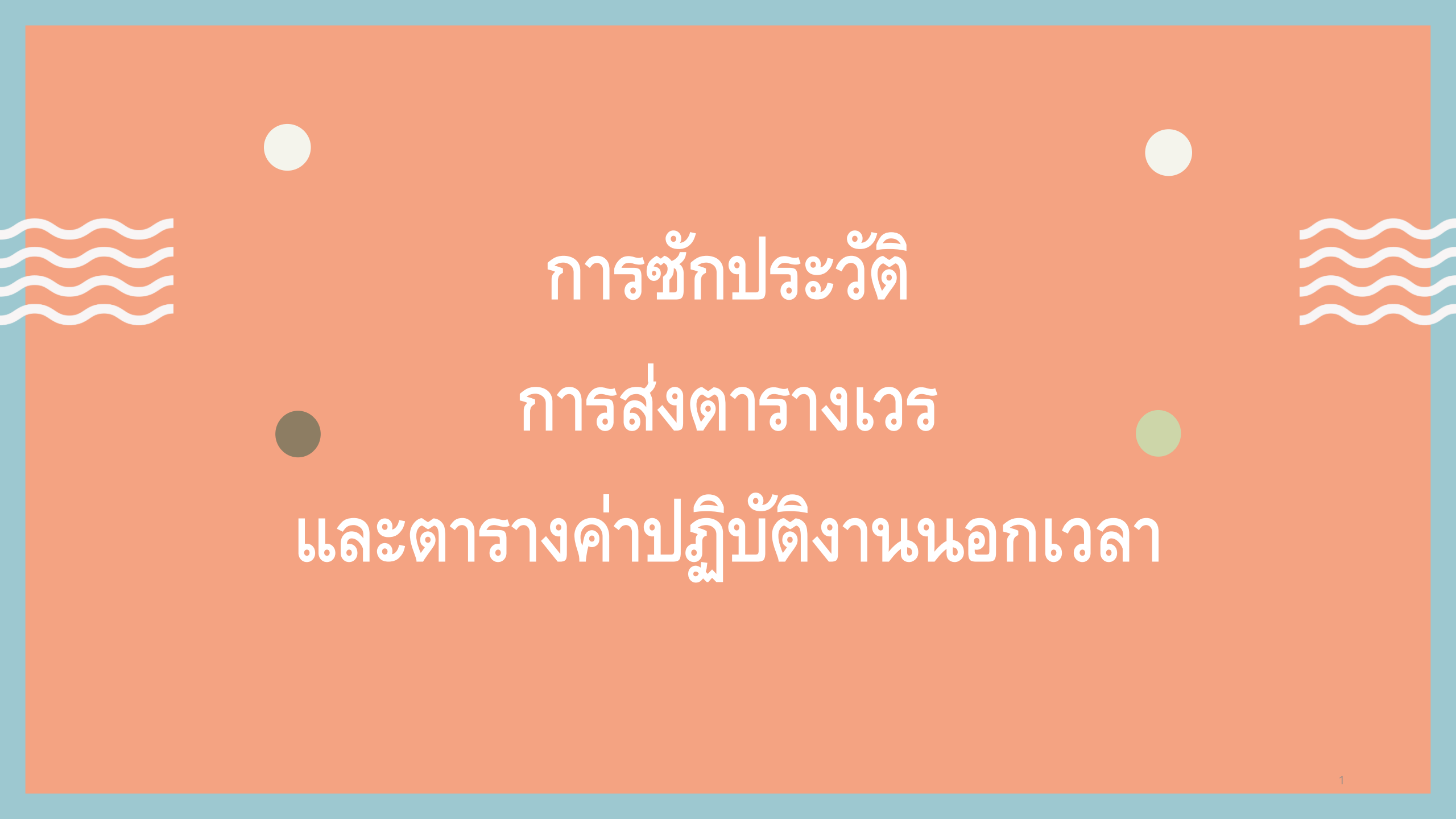




การช้กประวัติ

การส่งตารางเวอร์

และตารางค่าปฏิบัติงานนอกเวลา

- การซักประวัติ -

สิ่งสำคัญที่ต้องสอบถาม

1. ถามย้ำ ชื่อ - สกุล คนไข้
2. โรคประจำตัว (** ทั้งอุดฟัน / ชูดหินปูน / หัตถการฉีดยาชา)
3. กรณิ ทำหัตถการที่มีการฉีดยาชา
 - 3.1 ค่าความดัน (ไม่เกิน 160/100 mmHg)
 - 3.2 ยาลดลิ่มเลือด
 - on warfarin ให้ส่งเจาะเลือดเพื่อดูค่า PT , INR และ CBC

Note. การคีย์บัตร

หากไม่ใส่น้ำหนักและส่วนสูง หลังจากกดบันทึกข้อมูลในส่วน CC และ PE จะหายไป !!

HN : [redacted] DN : [redacted]

เบอร์โทรศัพท์ : [redacted]

ชื่อ : นางสาวเชลเชียว

24 ก.ย. 2567 - 9:07:43

☒ ไม่แพ้ยา ☐ แพ้ยา

ประวัติการรับยาเดิม ☐ ไม่มี

☒ มีโรค หัวใจโต รับยาที่ อานอ

หัตถการส่งผู้ป่วยไป

☐ ห้องจ่ายยา เบอร์ 7 ☐ ห้องการเงิน เบอร์ 14

☐ รูดบัตร ห้องทันตกรรม จำนวนเงิน บาท

☒ กลับบ้าน / ส่ง ☐ อื่นๆ

CC PT : 29.1 / INR : 2.63

น้ำหนัก 59 กก. ส่วนสูง 161 ซม.

BP = 151 / 88 P = 69 ครั้งที่ 1

BP = / P = ครั้งที่ 2

BP = / P = ครั้งที่ 3

ทานยาละลายลิ่มเลือด ☒ ปกติ / ☒ ทาน warfarin

เคยเลือดออกหยุดยาก ☒ ปกติ / ☐ เคย

มีจ้ำเลือดได้ผิวหนัง ☒ ปกติ / ☐ มี

ผู้ซักประวัติ สมชาย

ผู้รับประวัติ สมชาย

● การส่งตารางเวร

1. ห้องทันตกรรม

ลงตารางเวรทั้ง ทพ. , ทันตภิบาล และ ผู้ช่วย
ก่อนสิ้นเดือน 1 สัปดาห์ ***



2. ฝ่ายบริหาร

รวบรวมตารางเวรของทุกฝ่ายงาน
เพื่อทำใบปะหน้าให้ผู้อำนวยความสะดวก
ลงลายมือชื่อ



ส่งกลับคืนแต่ละฝ่ายงาน

กรณีมีการส่ง consult นอกเวลาราชการ
จะยึดตามเวร on call ที่ลงในตารางเวร



● การส่งตารางค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ตรวจสอบการแลกเวรทั้งของ ทพ. ,
ทันตภิบาล และ ผู้ช่วย เพื่อให้ตรงกัน
กับความเป็นจริง

1



2

หากมีการแลกเวร ต้องทำใบแลกเวร
และส่งให้หัวหน้าฝ่ายตรวจสอบข้อมูล
กับ P4P ของ ทพ. และลงลายมือชื่อ



3

คิดค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
ของทันตภิบาล และ ผู้ช่วย เพื่อให้
ลงลายมือชื่อก่อนส่งฝ่ายการเงิน



4

ส่งใบตารางค่าปฏิบัติงานนอกเวลา
ราชการ ให้การเงินเพื่อดำเนินการต่อ

Note. ส่งการเงินภายใน 2 สัปดาห์ ก่อนกลางเดือน แต่หากช่วงกลางเดือนติดวันหยุดราชการจำเป็นต้องส่งภายใน 1 สัปดาห์หลังสิ้นเดือน ***



ใบยินยอมการรักษาทางทันตกรรม

วันที่.....

หนังสือแสดงการให้ข้อมูลการรักษา การผ่าตัดถอนฟันคุด/ฟันฝัง
(removal of Impaction/embedded tooth by surgical) และความยินยอมของผู้ป่วย
แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์

การให้ข้อมูล/อธิบายแก่ผู้รับบริการ โดยทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

1. ข้าพเจ้า (ทันตแพทย์)เป็นผู้ให้ข้อมูล/อธิบายแก่ผู้รับบริการ เหตุผลที่ผู้รับบริการต้องได้รับการรักษาเนื่องจากตรวจพบฟันซี่ เนื่องจากฟันข้างเคียงและมีส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของกระดูกปิดทับฟัน ทำให้ไม่สามารถขึ้นได้ในช่องปากหรือในตำแหน่งปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าฟันซี่นี้มีอาการ

2. ขั้นตอนการผ่าตัดถอนฟันคุด/ฟันฝัง จะดำเนินการดังนี้

2.1 ข้าพเจ้าจะนัด ปรึกษาประวัติ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การแพ้ยา และอื่น ๆ ตามมาตรฐาน ซึ่งผู้รับบริการควรให้ข้อมูลตามความเป็นจริง

2.2 สั่งถ่ายภาพทางรังสี (x-ray) เพื่อวางแผนการรักษาและแจ้งแผนการรักษาให้ผู้รับบริการทราบ

2.3 อธิบายสาเหตุและที่เพื่อรับความเจ็บปวด เบื่อเหวี่ยง กรอกระดูกและ/หรือถอนฟันแยกฟันเป็นส่วน ๆ เพื่อนำฟันออก

2.4 สั่งทำความสะอาด เอ็มแมส

2.5 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

2.6 จ่ายยาแก้ปวด แก้อักเสบ ยาฆ่าเชื้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของทันตแพทย์ที่ทำการผ่าตัดและแจ้งให้ผู้รับบริการทราบแล้ว

3. ทันตแพทย์ได้อธิบายความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการรักษา ซึ่งได้แก่ การปวด การบวม การกระจายของเชื้อ การอักเสบของกระดูกเบ้าฟัน การชาของฟัน ริมฝีปาก ลิ้น และอวัยวะข้างเคียงโดยรอบ การชานี้ อาจเป็นอยู่ชั่วคราวหรือยาวนานขึ้นกับตำแหน่งของฟัน อาจเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด หรือการหักของกระดูกขากรรไกรได้ ความเสี่ยงนี้มีโอกาสจะเกิดมากขึ้น และระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับสภาพและโรคประจำตัวของผู้รับบริการด้วย ซึ่งอาจทำให้ต้องได้รับการรักษาต่อไปในอนาคต

4. ในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธการรักษา อาจเกิดการปวดรุนแรง การติดเชื้อรุนแรงกระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ยากลำบากในการรับประทานอาหาร ลิ้นและเพดานปากบวม ชัดขวางหรือปิดกั้นการหายใจ หากเชื้อกระจายไปยังอวัยวะสำคัญหรือเข้าสู่กระแสเลือดอาจทำให้เสียชีวิตได้

.....

ข้อความแสดงความยินยอม

5 ข้าพเจ้า (ผู้ป่วย)อายุ.....ปี HN หากข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านได้ ขอให้ผู้อื่นแทน เกี่ยวข้องกับกับข้าพเจ้า เป็นผู้ตัดสินใจแทน

ข้าพเจ้าขอยินยอมว่าได้รับคำอธิบายและสอบถามจนสิ้นความสงสัยแล้ว และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรักษา ทางเลือก ผลการรักษาและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและรับทราบว่าอาจเกิดเหตุที่ไม่คาดคิดขึ้นได้ ถึงแม้ว่าทันตแพทย์จะพยายามให้การรักษามาตามมาตรฐานอย่างเต็มที่ จึงขอแสดงความประสงค์

.....ยินยอมไม่ยินยอม

ชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทนชื่อ.....ทันตแพทย์

ชื่อ.....พยาน

F-DEN-017 (แก้ไขครั้งที่ 03-01/03/64)

หนังสือแสดงการให้ข้อมูลการรักษา การผ่าตัดถอนฟันคุด / ฟันฝัง (removal of impaction / embedded tooth by surgical) และความยินยอมของผู้ป่วย

วันที่.....

หนังสือแสดงการให้ข้อมูลการรักษาโรคปริทันต์/การผ่าตัดคลองกรรมปริทันต์และความยินยอมของผู้ป่วย

แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

ข้าพเจ้า (ผู้ป่วย)..... HN..... อายุ..... ปี หรือ

ผู้แทนผู้ป่วย..... เกี่ยวข้องเป็น..... ผู้ป่วย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ในการรักษาโรคปริทันต์ โดยเกิดโรคปริทันต์นั้นอาจส่งผลต่อการสูญเสีย ฟันหลาย หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นในส่วนของอวัยวะปริทันต์ไม่ว่าจะเป็นเหงือก (gingiva) เคลือบรากฟัน (cementum) กระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone) และเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา ดกแต่งและแก้ไขด้วยวิธีการผ่าตัดคลองกรรมปริทันต์ (periodontal surgery) เพื่อให้เกิดกระบวนการหายของโรค สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติตลอดจนสามารถคงสภาพของสภาวะปริทันต์ได้ดี ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาดังต่อไปนี้

- การวินิจฉัยโรค ความรุนแรงหรือการดำเนินโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนความจำเป็นในการรักษาด้วยวิธีการแบบปกติ (conventional treatment) ซึ่งเป็นการรักษาขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดคลองกรรมปริทันต์
- ทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดคลองกรรมปริทันต์ ได้แก่
 - การเปิดเหงือกเพื่อดูตื้นน้ำลายได้เหงือกและเกลารากฟัน
 - การลดความลึกของร่องลึกปริทันต์ด้วยวิธีการต่างๆ
 - การปลูกเหงือกเพื่อแก้ไขเหงือกร่นหรือเปิดรากฟันไม่เสถียร
 - การปลูกกระดูกบริเวณที่มีการสูญเสียกระดูกเบ้าฟันในตำแหน่งที่เหมาะสม
 - การแก้ไขความผิดปกติของกระดูก
 - การตัดตกแต่งเหงือกและ/หรือกระดูกเพื่อเพิ่มความยาวตัวฟันให้อาศัยการบูรณะและความสวยงาม
 - การตัดตกแต่งเนื้อเยื่อที่มีการดึงรั้งขัดขวางต่อการใส่ฟันปลอมหรือก่อให้เกิดความผิดปกติ
 - การลดชิ้นเนื้อสังกะสีเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนวางแผนการรักษา
- ข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียง ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการรักษา ได้แก่ ผู้ที่เข้ารับการรักษานี้ในการรักษาโรคปริทันต์จะกระทำภายใต้ยาชาเฉพาะที่ การติดเชื้อ ปวด/บวม/ชา อาการเสียวฟัน ความล้มเหลวของการรักษาที่สามารถเกิดขึ้นได้ ค่าใช้จ่ายของวัสดุ (bone graft, membrane) ตลอดจนการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการรักษา ทั้งนี้ทันตแพทย์จะแจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้งเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
- ระยะเวลา ขึ้นตอนในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพสภาวะอวัยวะปริทันต์ที่ดีได้ (maintenance) และมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะ
- ในกรณีระหว่างการรักษาหากพบเหตุไม่ปกติอื่น ทันตแพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาต่อไปได้

ดังนั้นข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล ทำความเข้าใจ และสอบถามเรียบร้อยแล้ว จึงขอแสดงความประสงค์

.....ยินยอม..... ไม่ยินยอม.....

ชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้แทน.....

ชื่อ..... ผู้ให้ข้อมูล.....

(.....)(.....)

ตำแหน่ง.....

F-DEN-019 (แก้ไขครั้งที่01- 30/09/62)

หนังสือแสดงการให้ข้อมูลการรักษาโรคปริทันต์/การผ่าตัด คลองกรรมปริทันต์และความยินยอมของผู้ป่วย

หนังสือแสดงการให้ข้อมูลและความยินยอม การตรวจและรับการรักษาทางด้านทันตกรรมบูรณะ

แผนทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชตะพานหิน

ข้าพเจ้า (ชื่อผู้ป่วย) อายุ ปี HN

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ในการรับการรักษาทางด้านทันตกรรมบูรณะ ซึ่งได้แก่

- การบูรณะฟันที่สูญเสียเนื้อฟันไปมาก โดยการทำครอบฟันบางส่วนหรือครอบฟันทั้งซี่ ด้วยการใช้วัสดุบูรณะที่เหมือนฟัน และ/หรือวัสดุบูรณะชนิดโลหะ
- การบูรณะฟันที่รักษาคงสภาพฟันและมีการสูญเสียเนื้อฟันไปมาก โดยการทำเดือยฟันร่วมกับการทำครอบฟัน บางส่วนหรือครอบฟันทั้งซี่ ด้วยการใช้วัสดุบูรณะที่เหมือนฟัน และ/หรือวัสดุบูรณะชนิดโลหะ
- การบูรณะฟันเพื่อความสวยงาม ในกรณีที่ต้องการปิดช่องว่างระหว่างฟันหน้า ปริมปากเรียวฟัน ปริมแก้มเรียวฟัน และ/หรือลักษณะฟันผิวของฟัน โดยการทำคัลเลอร์ฟัน (veneers) ครอบฟันบางส่วนหรือครอบฟันทั้งซี่ ด้วยการใช้วัสดุสังเคราะห์ชนิดเซรามิก
- การบูรณะทดแทนช่องว่างฟันบางซี่ โดยการทำสะพานฟัน (bridge) ด้วยวัสดุบูรณะที่เหมือนฟันชนิดเซรามิก และ/หรือวัสดุบูรณะชนิดโลหะ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาดังต่อไปนี้

๑. การวินิจฉัยโรค แผนการรักษาและขั้นตอนในการรักษาโดยส่งรูปจากทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา
๒. ข้อดี ข้อเสีย ของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึง ข้อดี ข้อเสียของวัสดุบูรณะแต่ละชนิด ซึ่งทันตแพทย์เป็นผู้แนะนำ ชนิดของวัสดุบูรณะโดยประเมินตามความเหมาะสม
๓. อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาหรือภายหลังได้รับการรักษาในแต่ละครั้ง เช่น อาการเสียวฟัน เจ็บบริเวณเหงือก เมื่อขยิบเหงือต้อชากรรไกรเนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างนาน การเคี้ยวอาหารไม่ถนัดในระหว่างการใช้วัสดุบูรณะฟันชั่วคราวหรือวัสดุบูรณะชั่วคราวหลุดในระหว่างรักษา ซึ่งผู้ป่วยสามารถแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบและมารับการแก้ไขได้
๔. ระยะเวลาในการรับการรักษาในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งในการมารับการรักษา
๕. ข้อควรปฏิบัติ การดูแลรักษาทำความสะอาดฟันในระหว่างการรักษา และหลังจากที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์แล้ว
๖. ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ผู้ป่วยต้องชำระเอง และในกรณีที่ทำการบูรณะฟันเสร็จสมบูรณ์โดยการยึดติดด้วยซีเมนต์ถาวร (permanent cement) แล้ว หากเกิดความพอใจขึ้นในเรื่องของความสวยงามและต้องการทำใหม่ ผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง
๗. ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาหรือไม่รักษากจนเสร็จสมบูรณ์ จะส่งผลให้เกิดข้อเสียต่างๆ เช่น ฟันที่สูญเสียเนื้อฟันไปมากหรือฟันที่รักษาคงสภาพฟันอาจเกิดการแตกหัก จนไม่สามารถบูรณะได้และจำเป็นต้องถอนฟันซี่ดังกล่าวออก

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าได้รับคำอธิบายและเข้าใจแนวทางการรักษา ผลการรักษา ข้อควรปฏิบัติต่างๆ และยินยอมรับการรักษานี้

ชื่อ (.....) ผู้ป่วย/ผู้แทน วันที่

ชื่อ (.....) ทันตแพทย์ วันที่

ชื่อ (.....) พยาน วันที่

หนังสือแสดงการให้ข้อมูลและความยินยอม การตรวจและรับ การรักษาทางด้านทันตกรรมบูรณะ

THANK YOU.

