

มาตรฐานหน่วยงาน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

บริบท

มีบทบาทหน้าที่หลัก ในฐานะหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ดูแลปัญหาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับครอบครัว ชุมชน การฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่อง งานระบาดวิทยา งานอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะงานที่หลากหลาย ผสมผสานงานหลายด้านเข้าด้วยกัน มีความซับซ้อน ในการปฏิบัติ ผันแปรไปตามนโยบาย ระดับกระทรวง ระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ดังนั้นบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จึงต้องมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในการวิเคราะห์บริบทของงาน บริบทของพื้นที่ และชุมชน สามารถบริหารจัดการแผนงาน โครงการที่เป็นปัญหาของพื้นที่แบบบูรณาการ ร่วมกับการมีมนุษยสัมพันธ์ และทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอกองค์กร สามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และปรับตัวได้ทุกสถานการณ์พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลให้งานสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ และดูแลต่อเนื่องทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและควบคุมโรค งานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ งานอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ขับเคลื่อนและสนับสนุนวิชาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในภาพรวมของอำเภอ ประกอบด้วย งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) การขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) งานสุขภาพภาคประชาชน

ขอบเขตการให้บริการ

- 1.หน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.งานระบาดวิทยา
- 3.งานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

- 1.พัฒนาระบบบริการและการจัดการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
- 2.การสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย
- 3.วัคซีนครอบคลุม
- 4.มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพทันเวลา
- 5.การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กรภาคีเครือข่าย

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

- 1.ANC คุณภาพ
- 2.WBC คุณภาพ
- 3.ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนกลุ่มเป้าหมาย
- 4.ภาวะโภชนาการและการพัฒนาการสมวัย
- 5.ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- 6.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง
- 7.ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long Term Care
- 8.คลินิกสูงอายุคุณภาพ

ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

- 1.ฝากครรภ์คุณภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์
- 2.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 3.เด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน
- 4.ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มเป้าหมาย

กระบวนการดูแลแบบ integrate care

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การเข้าถึงบริการ	1.ความพร้อมในการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ 2.ตรวจสอบสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มวัย 4.การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 3.การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยส่งต่อ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ด้อยโอกาส 5.รายงานการสอบสวนโรค	1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ60 2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ65 2.เด็ก 0-5ปีได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ $\geq$ ร้อยละ90 3.เด็ก 0-5ปีได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง $\geq$ ร้อยละ90 4.เด็ก 6-14ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง $\geq$ ร้อยละ 88 5.การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60ปีภายใน 5ปี $\geq$ ร้อยละ 80 6.ประชากรอายุ 35ปีได้รับการตรวจ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

		≥ร้อยละ 90 8.ผู้สูงอายุได้รับการจำแนกความสามารถในการทากิจวัตรประจำวัน 100% 9.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 10.ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงทุกสิทธิได้รับ การเยี่ยมบ้านและเข้าถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ 100% 10.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ20ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5ปี
2.การประเมินผล	1. คุณภาพของการฝากครรภ์ 2.ข้อมูลกลุ่มปกติ,กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย 3.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยยืนยันโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง 4.ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยส่งต่อ ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ด้อยโอกาส 5.การป้องกันโรคไข้เลือดออก	1.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ≥ร้อยละ60 2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ≥ร้อยละ65 3.ร้อยละเด็กแรกเกิด น.น.มากกว่า 2,500 กรัม < ร้อยละ 7 4.เด็ก 0-5ปีได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ≥ร้อยละ90 5.เด็ก 0-5ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า≥ร้อยละ20 6.เด็ก 0-5ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ≥ร้อยละ 90 7.เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ60 8.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการติดตาม ≥ร้อยละ30 9.กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน≥ร้อยละ52 10.ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการเยี่ยมบ้าน 11.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อย

		กว่าร้อยละ20ของคํามัธยฐานย้อนหลัง 5ปี
3.การวางแผน กำหนดการดูแล	1.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละ กลุ่มเป้าหมาย 2.การดูแลรักษาตามมาตรฐาน 3.การดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน 4.การป้องกัน ควบคุมโรค	1.ร้อยละ 20 ของเด็กอายุ 0-5ปี ได้รับการคัด กรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า 2.ร้อยละ 90 ของเด็กอายุ 0-5ปี ที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม 3.ร้อยละ 60 ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับ การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I 5.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการติดตาม 6.กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ≥ร้อยละ52 7.กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการติดตาม ≥ร้อยละ30 8.อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 100% 8.ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงทุกสิทธิได้รับการทา Care Plan 100% 9.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อย กว่าร้อยละ20ของคํามัธยฐานย้อนหลัง 5ปี
4.การดูแลตาม มาตรฐาน	1.รักษาพยาบาลทั่วไป 2.การป้องกันโรค 3.การให้คำปรึกษา 4.กระบวนการเยี่ยมบ้าน 5.กิจกรรมในชุมชน	1.ANC คุณภาพ 2.WBC คุณภาพ 3.ผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน 4.ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 5.คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ
5.การดูแลต่อเนื่อง	1.กระบวนการเยี่ยมบ้านคุณภาพ 2.กิจกรรมในชุมชน	1.ผ่านเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน 2.ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) 3..ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ 4.โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 5.วัดส่งเสริมสุขภาพ 6.ชมรม ลำพูน สตรองค์



นโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคลโรงพยาบาลบ้านธิ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ ๒๕๖๘

เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.๒๕๕๑ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.๒๕๕๖ รongรับภารกิจตามแผนการปฏิรูปประเทศและยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) และสอดคล้องกับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

โรงพยาบาลบ้านธิจึงขอกำหนดนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลบ้านธิ ดังนี้คือ

๑. ด้านการวางแผนกำลังคน (Human Resource Planning)

ทีมบริหารงานบุคคล HRD ดำเนินการวางแผนอัตราากำลังคนของโรงพยาบาล ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์การกำหนดอัตราากำลัง (FTE) ของกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

๑.๑ จัดทำแผนอัตราากำลัง ๑ ปี และ ๓-๕ ปี เพื่อใช้ในการกำหนดตำแหน่งข้าราชการ, พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการจัดทำแผนอัตราากำลัง Service Plan รวมทั้งแผนการปฏิรูปประเทศยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐)

๑.๒ จัดทำแผนการกำหนดตำแหน่งข้าราชการ, พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี เพื่อใช้ในการสรรหาบุคคลไปดำรงตำแหน่งให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

๑.๓ จัดทำแผนความก้าวหน้าของข้าราชการ ประจำปี ตามระเบียบการประเมินเลื่อนระดับของแต่ละกลุ่มของข้าราชการประเภทต่าง ๆ ได้แก่ ประเภทวิชาการ, ประเภททั่วไป

๒.ด้านการสรรหา (Recruitment)

ทีมบริหารงานบุคคล HRD ดำเนินการแสวงหาบุคคลตามคุณลักษณะที่กำหนด และเลือกสรรคนเก่งและดีเพื่อภารกิจขององค์กร

แนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

๒.๑ จัดทำและดำเนินการสรรหาข้าราชการ, พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ให้ทันให้สอดคล้องกับแผนอัตราากำลังกระทรวงสาธารณสุข FTE โดยการสรรหาที่มีการประสานงานการดำเนินการระดับจังหวัด ในการสรรหาบุคลากรมาทดแทน หรือให้เป็นไปตามการบริหารงานบุคคลระดับสูงขึ้นไป โดยมีการวางแผนการสรรหาาร่วมกัน (ยกเว้นการสรรหาลูกจ้างชั่วคราวรายวัน/รายคาบ)

/๒.๒ ดำเนินการสรรหาโดยวิธีที่หลากหลาย

๒.๒ ดำเนินการสรรหาโดยวิธีที่หลากหลาย เป็นธรรมและโปร่งใส ดังนี้

๑) ขอใช้บัญชีผู้สอบแข่งขันโดยเป็นการบริหารเป็นไปตามนโยบายการบริหารงานบุคคลระดับจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข

๒) ประกาศรับย้าย/รับโอน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการ โดยเป็นการบริหารเป็นไปตามนโยบายการบริหารงานบุคคลระดับจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข

๓) ประกาศรับสมัครคัดเลือกเพื่อจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวรายวัน/รายคาบ และประกาศรับสมัครคัดเลือกบุคคล เพื่อเลือกสรรเป็นลูกจ้างชั่วคราวรายวัน/รายคาบ โดยประกาศทางเว็บไซต์โรงพยาบาล และประชาสัมพันธ์ไปยังที่ว่าการอำเภอบ้านธิ และท้องถิ่น

๔) แต่งตั้งคณะกรรมการในการสรรหา และเลือกสรรจากผู้มีความรู้ความสามารถ และหลากหลายเพื่อให้สามารถเลือกผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และเป็นคนดีสอดคล้องตามภารกิจ ของหน่วยงาน และไม่เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้สมัครเข้ารับการคัดเลือก

๓. ด้านการพัฒนา (Development)

ทีมบริหารงานบุคคล HRD ดำเนินการวางแผนพัฒนาบุคลากร เตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อเป็นบุคลากรผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง พัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะ โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลายตามวิธีการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้สามารถรองรับภารกิจของโรงพยาบาล และเป็นการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบท วิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล และเป็นไปตามนโยบายการบริหารงานบุคคลกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

๓.๑ จะทำและดำเนินการตามแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีให้สอดคล้องตามความจำเป็น และความต้องการในการพัฒนาของบุคลากรในสังกัด และเป็นไปตามบริบท วิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล และเป็นไปตามนโยบายการบริหารงานบุคคลกระทรวงสาธารณสุข

๓.๒ จัดทำข้อมูลการพัฒนาบุคลากรเป็นรายบุคคล (Training and Development Roadmap) เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาบุคลากรในแต่ละตำแหน่ง

๓.๓ พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อยกระดับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มาใช้ในระบบงานพัฒนาบุคคล (Human Resource Development System: HRDS)

๓.๔ ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาตนเองตามแผนพัฒนารายบุคคล

๓.๕ จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในสังกัดที่มีต่อการพัฒนา

๔. ด้านการรักษาไว้ (Retention)

ทีมบริหารงานบุคคล HRD มีแผนกลยุทธ์ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล จัดทำเส้นทางความก้าวหน้าในสายงาน แผนการสรรหาบุคคลไปดำรงตำแหน่งทางการบริหาร ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลบุคคล การประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการและลูกจ้างประจำ การประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และยกย่องชมเชยบุคลากร เพื่อให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กร

แนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

๔.๑ จัดทำแผนพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม ประจำปีอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมวัฒนธรรมยกย่องคนดี ทำดีขึ้นชม และมอบเกียรติบัตรทุกรอบ ๖ เดือน

/๔.๒ จัดทำเส้นทางความก้าวหน้า

๔.๒ จัดทำเส้นทางความก้าวหน้าในสายงานแจ้งเวียนในองค์กร

๔.๓ ปรับปรุงฐานข้อมูลบุคลากรในระบบสารสนเทศทรัพยากรบุคคล (Departmental Personnel Information System : DPIS) ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบันและทันสมัยอยู่เสมอ

๔.๔ จัดกิจกรรมยกย่องเชิดชูเกียรติ ยกย่องคนดี คนคุณธรรม ต้นแบบคนคุณธรรม มอบเกียรติบัตร และส่งคัดเลือกระดับจังหวัด เขต กระทรวง เช่น การคัดเลือก ข้าราชการพลเรือนดีเด่น, พ่อดีเด่น, คนดีศรีสาธารณสุข, ต้นแบบ “คนดีศรี รพ.บ้านธิ”, ต้นแบบ “ทำดีมีคนชม”, ต้นแบบ “ทำงานด้วยหัวใจ”, ต้นแบบ “ความสวยงามบนหัวใจ Service mine” เพื่อเป็นการเสริมสร้างความรักความผูกพันระหว่างบุคลากรกับองค์กร

๔.๕ เสริมสร้างและให้ความรู้เกี่ยวกับวินัยและการรักษาวินัย เช่น ให้ความรู้ให้กับบุคลากรเกี่ยวกับวินัยและการรักษาวินัย

๔.๖ ควบคุมให้การประเมินผลการปฏิบัติราชการของบุคลากรเพื่อพิจารณาความดี ความชอบ เลื่อนขั้นประจำปี หากมีบุคลากรร้องเรียน ร้องขอความเป็นธรรมให้รวบรวมและรับนาเสนอ ผู้บังคับบัญชาพิจารณาโดยด่วน

๕.ด้านการใช้ประโยชน์ (Utilization)

ทีมบริหารงานบุคคล HRD กลุ่มงานต้นสังกัดเจ้าหน้าที่ ต้องร่วมมือ ในการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นระบบ แจ้งให้บุคลากรเข้าถึงช่องทางการรับทราบข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมทั้งควบคุม กำกับ ดูแล ให้ปฏิบัติราชการอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางปฏิบัติ ดังนี้

๕.๑ ให้ผู้บังคับบัญชามอบหมายงานแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ รวมทั้ง ควบคุม กำกับ ดูแลผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติตามระเบียบวินัย และข้อบังคับ หากผู้ใต้บังคับบัญชากระทำความผิดหรือทุจริตให้รายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบโดยเร็ว

๕.๒ การรับสมัครคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้ง (เลื่อน) ให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้นในตำแหน่งต่าง ๆ ให้มีการดำเนินการร่วมกับจังหวัด ตามนโยบายของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข และให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลการรับสมัครได้อย่างเท่าเทียมกัน

๖. ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน

ทีมบริหารงานบุคคล HRD และงานการเจ้าหน้าที่ต้องดูแลสวัสดิการสิทธิประโยชน์ ค่าตอบแทนให้กับบุคลากรระหว่างการปฏิบัติงาน, เกษียณ หรือตายขณะปฏิบัติหน้าที่ ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ สื่อสารกับบุคลากร ได้แก่ การปฐมนิเทศ ระหว่างการปฏิบัติงาน และหลังจากการลาออก โดยเป็นการปฏิบัติตามระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรประเภทต่าง ๆ ได้แก่ ข้าราชการ, พนักงานราชการ, พนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราว รายวัน/รายคาบ ได้แก่ สิทธิสวัสดิการดังนี้คือ

๖.๑ แผนความก้าวหน้าเลื่อนระดับของข้าราชการ

๖.๒ แผนการได้รับสิทธิสวัสดิการค่าตอบแทน ๑๓๑, และ พ.ต.ส.

๖.๓ การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ โดยการปฐมนิเทศ และการให้ความรู้โดยงานการเจ้าหน้าที่ด้วยแผ่นพับให้ความรู้เจ้าหน้าที่ปฐมนิเทศ ซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ได้แก่ พรบ.ประกันสังคม, กสจ, กบข สิทธิการลา, ค่าตอบแทน ๑๓๑, พ.ต.ส. ฯลฯ

/๖.๔ การดูแลสิทธิสวัสดิการระหว่างรับราชการ

๖.๔ การดูแลสิทธิสวัสดิการระหว่างรับราชการ ได้แก่ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นฯ พ.ศ.๒๕๖๑, หนังสือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ ๐๒๐๘.๐๗/ว ๓๓๘๗ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑ เรื่อง การขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข, หนังสือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ ๐๒๐๘.๐๗/ว ๒๔๖๒ ลงวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ เรื่อง แนวทางการดำเนินการขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. ๒๕๖๒), เครื่องราชอิสริยาภรณ์ ฯลฯ

๖.๕ การดูแลสิทธิสวัสดิการหลังการออกราชการ ได้แก่ โครงการอบรมปัจฉิมนิเทศผู้เกษียณ โดยเป็นการให้ความรู้เรื่องสิทธิสวัสดิการหลังเกษียณ และเอกสารให้ความรู้, กิจกรรมประเพณีสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ เป็นต้น

๖.๖ โครงการส่งเสริมเจ้าหน้าที่ออกกำลังกายและเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ ประจำปี

๖.๗ โครงการ “ทำบุญตักบาตรพระสงฆ์ทุกเดือน” กิจกรรมทำบุญวันเกิดเจ้าหน้าที่ประจำเดือน

๖.๘ กิจกรรมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม

- คนดีศรีสาธารณสุข ส่งเสริมต้นแบบส่งประกวดระดับจังหวัด, ระดับเขต และกระทรวง
- ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มทำความดี ยกย่องผู้ทำดี ประกาศและให้เกียรติบัตร

ทั้งนี้ ให้กลุ่มบริหารงานบุคคล รายงานผลการดำเนินตามนโยบายดังกล่าวเพื่อเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบเป็นประจำปีเมื่อสิ้นปีงบประมาณ

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นางสมสกุล เกียรติอนันต์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ

มาตรฐานหน่วยงาน
กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

1. จัดทำเวชระเบียนและให้บริการเกี่ยวกับเวชระเบียนของผู้รับบริการ ที่มาตรวจรักษา ภายในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บันทึกโรคและหัตถการ และตรวจสอบคุณภาพของ เวชระเบียน บริการข้อมูลสถิติของโรงพยาบาล เพื่อนำไปวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการจัดเก็บ/ทำลายเวชระเบียนอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา พิทักษ์สิทธิ์

2. ให้บริการเรียกเก็บเงินค่าบริการของโรงพยาบาลบ้านธิอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา พิทักษ์สิทธิ์องค์กร

3. ดูแลระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่ายคอมพิวเตอร์ พัฒนาศูนย์คอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ ให้บริการหน่วยงานของโรงพยาบาลได้รับบริการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพียงพอพร้อมใช้ปลอดภัย พิทักษ์สิทธิ์ พึงพอใจ

4. ให้บริการด้านข้อมูลโรคระบาดของอำเภอบ้านธิและร่วมควบคุมโรคกรณีเกิดการระบาดในเขตอำเภอบ้านธิอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาและพึงพอใจ

5. ให้บริการตรวจสอบสิทธิ ย้ายสิทธิ ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ และรับขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พร้อมทั้งให้บริการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ถูกต้อง และ ทันเวลา

6. ให้บริการงานข้อมูล สถิติของโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา นำไปใช้ประโยชน์ได้แท้จริง

ข. ขอบเขตบริการ ศักยภาพ และข้อจำกัด

ขอบเขตบริการ

1. งานปรั กษสุขภาพ
2. งานเรียกเก็บ
3. งานเวชร เบียน
4. ดูแลระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่ายคอมพิวเตอร์
5. งานสารสนเทศ

ศักยภาพ

1. นักวิชาการสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการทำงานมานาน ผ่านงานด้านสาธารณสุข
มาหลายด้าน
2. เจ้าหน้าที่ที่เรียนจบด้านเวชสถิติโดยตรง
3. เจ้าหน้าที่ที่เรียนจบด้านคอมพิวเตอร์โดยตรง

ข้อจำกัด

เจ้าหน้าที่ที่ไม่เพียงพอกับงานที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นและมีการปรับเปลี่ยนขบวนการดำเนินงาน
เรื่อยๆ ทั้งในส่วนของการทรวงสาธารณสุขเองและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ครอบคลุม ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา เพียงพอพร้อมใช้ ปลอดภัย พึงกษลัทธิ พึงพอใจ
และผู้ให้บริการมีความสุข

ง. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ จุดเน้นในการพัฒนา

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง
1. การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย	การจัดเก็บเวชระเบียน - ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนกรณีนอกเวลาจัดเก็บไว้ใส่ซองสี น้ำตาลไว้ที่ตู้เอกสารงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เข้าถึงเฉพาะ หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ที่ได้รับมอบหมายกรณีไม่ อยู่และเมื่อถึงวันทำการให้นำมามอบไว้ที่งานให้คำปรึกษา - ข้อมูลผู้ป่วยนิรนาม จัดเก็บไว้ที่งานให้คำปรึกษา - เวชระเบียนผู้ป่วยทั่วไปต้องจัดเก็บไว้ที่ห้องเวชระเบียน - การจัดเก็บเวชระเบียนของผู้ป่วยในขณะที่กำลังรักษาต้อง อยู่ที่ Nurse Station เท่านั้น การเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน - กำหนดสิทธิ / รหัสผ่านของบุคลากรเพื่อเข้าสู่โปรแกรมการ ปฏิบัติงานและการเข้าถึงเวชระเบียน - ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นความลับ เช่น ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกข่มขืน ข้อมูลผู้ป่วย HIV ที่ไม่เปิดเผยจะไม่ถูกบันทึกในเวชระเบียน แต่จะถูกจัดเก็บเฉพาะให้หัวหน้าหน่วยบริการหรือ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเท่านั้นที่เข้าถึงได้ - การขอทราบรายละเอียดของข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย

	เป็นสิทธิของผู้ป่วยเท่านั้นยกเว้น ■ หน่วยงานหรือบุคคลอื่นที่ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ ■ แพทย์เจ้าของไข้นำไปสรุปในสถานที่ปฏิบัติงาน ■ แพทย์หรือบุคคลอื่นที่ขอทบทวนเพื่อการรักษา การศึกษา หรือทำรายงานโดยได้บันทึก การยืม/คืน จากงานเวชระเบียนทุกครั้ง การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยและผู้ให้บริการ - การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยและผู้ให้บริการจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ให้บริการเท่านั้น - ไม่นำเอาความลับของผู้ป่วยไปเปิดเผยให้บุคคลภายนอกทราบ - ไม่นำ OPD CARD/ Chart ให้บุคคลภายนอกดูโดยได้รับอนุญาตจากแพทย์ - ห้ามบุคคลภายนอกหรือผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าห้องเก็บเวชระเบียน ปิดห้องทุกครั้ง เช่น ประตู หน้าต่าง
2.เวชระเบียนผู้ป่วย สูญหาย <u>สาเหตุ</u> - แพทย์สรุปช้า, ดิคค้างอยู่ที่หน่วยงานอื่น - ค้นหาเพิ่มประวัติผิดคน - เพิ่มประวัติเก็บผิดที่ - เพิ่มประวัติหาย - เพิ่มประวัติถูกทำลายจากปัจจัยทางกายภาพ - เพิ่มประวัติหลุดหายเป็นบางส่วน - เพิ่มประวัติบางส่วนถูกเก็บผิดคน - เพิ่มประวัติถูกจัดเก็บไม่เป็นระเบียบอัดแน่นเกินไป ค้นหาลำบาก	- จัดเก็บเวชระเบียนให้เป็นหมวดหมู่ - จัดระบบการยืมเวชระเบียน , การติดตาม และการทำบัตรแทน - ประชุมประจำเดือนและชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานในภาพรวมให้เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนทุกคนมีส่วนร่วมในการนำเสนอปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหากันเอง ไม่โยนความผิด รับผิดชอบ ร่วมกัน - ขยายช่องใส่บัตรให้มากขึ้น ไม่ให้ใส่บัตรจนแน่นเกินไปทำให้หายาก - ก่อนทำเพิ่มประวัติ เจ้าหน้าที่เวชระเบียนตรวจสอบข้อมูลกับผู้ที่มาทำบัตรทุกครั้ง พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลด้วยตัวบรรจงและชัดเจน - จัดระบบการติดตามเพิ่มประวัติ

	- เจ้าหน้าที่เวรเขาคองเซ็น OPD CARD ก่อนรับเวรและลงเวรทุก ครั้งให้แฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกมารับการตรวจรักษา ให้กลับคืนห้องเวชระเบียนภายใน 16.00 น. ของทุก วัน มากกว่า 80% ที่เหลือให้ลงสมุดเพื่อตามหาบัตรที่หายไป ตรวจเช็ค HN ตามแถบสีก่อนลงเวร - กำหนดระยะเวลาการยืม Chart ได้ 7 วัน - ประธานองค์กรแพทย์ให้สรุป Chart ภายใน 7 วันหลังจำหน่าย - เน้นย้ำเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่คนแฟ้มประวัติให้ทำตามขั้นตอนอย่างละเอียดรอบคอบ ไม่รีบร้อน ตรวจสอบแฟ้มประวัติที่คืนให้ตรงกันกับบัตรประจำตัวของผู้ป่วย - จัดระบบให้ผู้ให้บริการถือแฟ้มประวัติ น้อยที่สุดและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ให้บริการทราบว่าไม่ให้นำแฟ้มประวัติกลับบ้าน - ปรับปรุงสถานที่เก็บแฟ้มประวัติให้ปลอดภัยจากการถูกทำลายจากปัจจัยทางกายภาพ ปลวก แมลง และสัตว์กัดแทะ, ชั้นเก็บแฟ้มอยู่สูงปลอดภัยจากน้ำท่วม , ตรวจสอบอุปกรณ์ไฟฟ้าต่างๆให้เรียบร้อยอยู่เสมอ , ตรวจสอบและทำความสะอาดห้องเก็บแฟ้มประวัติเป็นประจำ - ทบทวนแผนอภิกฤตให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน - ตรวจสอบแบบบันทึกประวัติการตรวจรักษาครั้งล่าสุด ของผู้ป่วยทุกรายให้ถูกเก็บรวมกับแฟ้มประวัติเดิมของผู้ป่วย ให้ถูกต้องไม่ผิดคน
3. ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้รับบริการสูญหาย อาจเกิดการที่ที่ฮาร์ดดิสก์เสียหาย ไวรัสคอมพิวเตอร์ทำลาย หรือโดยผู้ใช้งานเอง ลบข้อมูลผิดพลาด	การสำรองข้อมูล (Back Up) เพื่อลดความเสี่ยงจากที่อาจเกิดขึ้นกับข้อมูลและสามารถนำข้อมูลกลับมาใช้งานได้ในกรณีที่ฮาร์ดดิสก์เสียหาย ไวรัสคอมพิวเตอร์ทำลาย หรือโดยผู้ใช้งานเองลบข้อมูลผิดพลาด 1. <u>ระดับที่ 1</u> ได้นำเครื่อง Server เครื่องสำรองข้อมูลจำนวน 2 เครื่อง เป็น Real time ซึ่งถ้าหากเครื่องหลักเสีย ก็สามารถนำเครื่องสำรองมาใช้แทนได้ทันที และมีการแยกเครื่องสำรองเครื่องที่ 2 เก็บแยกอีกห้องต่างหาก 2. <u>ระดับที่ 2</u> สำรองข้อมูลไว้ที่เครื่องของงานเทคโนโลยี

	สารสนเทศ Real time พร้อมทำ backup ทุกวัน 3. ระดับที่ 3 เขียนข้อมูลที่สำคัญข้อมูลเก็บไว้ใน External HD เดือนละ 4 ครั้ง
4. ผู้ป่วยส่งตรวจผิคน <u>สาเหตุ</u> - ผู้ป่วยลืมนำบัตรมา - ผู้ป่วยยื่นบัตรผิด - แบบบันทึกขอทำบัตรใหม่ กรอกไม่ครบถ้วน หรือไม่ชัดเจน - บันทึก HN, ชื่อ-สกุล ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน - สิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ไม่ถูกต้อง - ส่งตรวจผู้ป่วยผิดห้อง	บัตรประจำตัวประชาชน ,เอกสารที่ผู้มารับบริการยื่น - ประชาสัมพันธ์เน้นย้ำให้ผู้ให้บริการนำบัตรประจำตัว ของโรงพยาบาล / บัตรประจำตัวประชาชน มาด้วยทุกครั้ง - ให้ผู้ให้บริการตรวจสอบบัตรตนเองทุกครั้ง หากอ่านหนังสือไม่ออกแนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านดูให้ก่อน รวมทั้งให้เจ้าหน้าที่ผู้รับบัตร ทวนสอบให้ตรงกับผู้ใช้บริการ - เจ้าหน้าที่เวชระเบียนทวนสอบการกรอกแบบบันทึกขอทำบัตรใหม่ กับผู้ใช้บริการ ทุกครั้งว่า ชื่อ-สกุล ว.ด.ป.เกิด อายุ ที่อยู่ ชื่อบิดา-มารดา เขียนถูกต้องหรือไม่ - ให้เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ตรวจสอบสิทธิสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของผู้ใช้บริการทุกราย ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และส่งให้ตรงกับห้องตรวจ - Screen ผู้ป่วยและบัตรคิวให้ตรงกัน - ตรวจสอบส่งข้อมูลใน HosXP ให้ถูกต้อง

จุดเน้นในการพัฒนา

1. การพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของแต่ละงาน
2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา พิกัดสิทธิและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง
3. ส่งเสริมบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการพัฒนางานอย่างมีความสุขและต่อเนื่อง

2. กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1. สำรวจและตรวจสอบสิทธิบัตรประกันสุขภาพประชาชนในเขตตำบลบ้านธิ 2. ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ และ ย้ายสิทธิการรักษา ประชาชนชนในเขตตำบลบ้านธิ 3. ขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่มีประสงค์จะใช้บริการที่โรงพยาบาลบ้านธิแก่คนต่างด้าวทุกคน 4. ตรวจสอบค่าบริการที่ต้องตามจ่ายหน่วยบริการอื่น	ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิครอบคลุมเข้าถึงบริการได้	ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการขึ้นทะเบียนสิทธิไม่ครอบคลุม	1. ความครอบคลุมของประชาชนที่ได้รับอนุมัติการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2. ขึ้นทะเบียนสิทธิผิด 3. อัตราความถูกต้องของข้อมูลงานบัตร 4. อัตราความทันเวลาในการส่งข้อมูลบัตรเพื่อขอสิทธิ
1. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จดงานต่างๆ เพื่อเรียกเก็บ 2. ตรวจสอบความถูกต้องก่อนเรียกเก็บ 3. เรียกเก็บ 4. ตรวจสอบจำนวนเงินที่จ่ายจริง-จำนวนเงินที่เรียกเก็บ-จำนวนเงินที่ได้รับ 5. ประสานตรวจสอบเช็คกับการเงิน	เรียกเก็บได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามระยะเวลาที่กำหนด	เรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้องล่าช้า สูญเสียรายได้	ความสมบูรณ์เอกสารเรียกเก็บความทันเวลาในการทำเรียกเก็บความแตกต่างระหว่างเงินที่เรียกเก็บและที่ได้รับ
1. จัดทำเวชระเบียน 2. จัดเก็บเวชระเบียน 4. ค้นหาเวชระเบียน 5. ยืม-คืนเวชระเบียน 6. บริการข้อมูลเวชสถิติ 7. ใ้รหัสโรค 8. ทำลายทุก 5 ปี	เวชระเบียนมีความถูกต้อง ครบถ้วน ไม่สูญหาย พิกัด	เวชระเบียนไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน สูญหาย ละเมิดสิทธิ์	อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียน อัตราการสูญหายเวชระเบียน จำนวนครั้งการร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิ์
อุปกรณ์ HARD ware /Soft ware	คอมพิวเตอร์เพียงพอ	1. ข้อมูลจาก	จำนวนครั้งข้อมูล

1. จัดทำทะเบียน 2. จัดซื้อ-จัดหา-สำรอง HARD ware / Soft ware 3. ซ่อมแซม-บำรุงรักษา 4. ทำลาย 5. การรักษาความลับ 5. พัฒนาผู้ใช้	พร้อมใช้ ไม่สูญหาย พิทักษ์สิทธิ์	ฐานข้อมูล ผู้รับบริการสูญหาย 2. ระบบคอมพิวเตอร์ไม่พร้อมใช้ 3.การเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ 4.เครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องพิมพ์ที่ไม่เพียงพอ	ที่มีอยู่ในระบบคอมพิวเตอร์สูญหาย จำนวนครั้งของเครื่องคอมพิวเตอร์ชำรุดและไม่สามารถหาทดแทนได้ จำนวนครั้งที่เครื่องข่ายล่ม ไม่สามารถใช้งานได้ จำนวนครั้งการถูกร้องเรียนเนื่องการเปิดเผยข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์
ข้อมูลสารสนเทศ 1. สำรวจความต้องการของผู้ใช้ 2. กำหนดฐานข้อมูล 3. กำหนดหน้าที่รับผิดชอบ / การเชื่อมโยงระบบสารสนเทศ 4. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานระบบรายงานในเรื่องการรวบรวม ตรวจสอบ จัดเก็บ จัดส่งรายงาน 5. กำหนดระเบียบปฏิบัติในการเปิดเผยความลับและความปลอดภัยของข้อมูล , การเข้าถึง 6. จัดเก็บข้อมูล (back up) 7. รวบรวมรายงานทุกเดือน 8. วิเคราะห์ในภาพรวมของโรงพยาบาล 9. สังเคราะห์ข้อมูล 10. รายงานข้อมูล ต่อผู้บริหาร, ผู้เกี่ยวข้องและหน่วยงานต่าง ๆ	ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	ข้อมูลไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ถูกละเมิดวิเคราะห์ผลผิดไม่ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	จำนวนครั้งที่ข้อมูลผิดพลาด ความทันเวลาในการรายงานข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

มาตรฐานหน่วยงานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

ความมุ่งหมาย purpose

ให้บริการผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ด้วยการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ด้วยการคัดกรองที่ถูกต้อง ปลอดภัย ประทับใจ ไร้ข้อมูล

ขอบเขตของการจัดบริการ scope of service

- ให้บริการตรวจรักษาในเวลาราชการ
- ให้บริการประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านการรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- ให้บริการคัดกรอง ช่วยเหลือเบื้องต้นและตรวจรักษาโรคทั่วไป
- ให้บริการระบบ คลินิกโรคเรื้อรัง HT DM COPD ASTHMA CKD ,คลินิกจิตเวช และ คลินิก ARI
- ให้บริการตรวจสุขภาพบุคคลทั่วไป / แรงงานต่างด้าว / บริษัทเอกชน / โรงงาน
- ให้ความรู้และคำปรึกษาด้านสุขภาพ / สุขภาพจิต
- ให้บริการออกใบนัดพร้อมกับให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเมื่อมาตามนัดและความรู้เฉพาะโรคที่ผู้ป่วยเป็น
- ให้บริการ ADMIT CENTER // admit Home ward
- ให้บริการออกไปส่งตัว ตามคำสั่งแพทย์
- ให้บริการส่งยากลับบ้าน
- ให้บริการ Telemedicine

ประเด็นคุณภาพ

ถูกต้อง ปลอดภัย ประทับใจ ไร้ข้อมูล

กระบวนการสำคัญ ตามมาตรฐานหน่วยงานผู้ป่วยนอก

กระบวนการสำคัญ	ตัวชี้วัดสำคัญ
1.มาตรฐานการพยาบาลในระยะก่อนการตรวจ -การแยกประเภทผู้ป่วย -การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ -การประเมินและป้องกันความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และความปลอดภัย	- จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ใช้บริการที่อาการไม่คงที่ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง เจ็บปวด -ร้อยละของผู้ใช้บริการได้รับการส่งตรวจตามประเภทความรุนแรงของอาการ

2. .มาตรฐานการพยาบาลการพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา -การระบุตัวบุคคลอย่างถูกต้อง -การเตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการ -การเฝ้าระวัง และช่วยเหลือในขณะตรวจรักษา 3. .มาตรฐานการพยาบาลการพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา -การให้ข้อมูลสำคัญหลังการตรวจรักษา -การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง 4. .มาตรฐานการพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง -การให้ข้อมูล/ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง หรือเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้รับบริการ -การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง -การปฏิบัติพยาบาลก่อนการส่งต่อเพื่อการดูแลที่ถูกต้องของผู้ให้บริการ 5. .มาตรฐานการพยาบาลการสร้างเสริมสุขภาพ - การประเมินสุขภาพ -จัดบริการข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ -กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6. .มาตรฐานการพยาบาลการคุ้มครองภาวะสุขภาพ	- จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ให้บริการที่อาการไม่คงที่ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง เขียนปล้น - จำนวนอุบัติการณ์ระดับตัวผู้ให้บริการผิคน - จำนวนอุบัติการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิคน -จำนวนอุบัติการณ์ผู้ให้บริการบาดเจ็บจากการจัดทำ การผูกมัด และการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ ร้อยละของผู้ให้บริการได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลทางด้านสุขภาพเมื่อมารับการตรวจ ร้อยละของผู้ให้บริการที่กลับมาตรวจรักษาพยาบาลก่อนกำหนดวันนัดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ร้อยละของผู้ให้บริการที่กลับมาตรวจรักษาพยาบาลก่อนกำหนดวันนัดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จำนวนครั้งการประเมินอาการผิพลา จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัด
---	--

-จัดสภาพแวดล้อมในงานบริการ -การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดอันตราย 7. .มาตรฐานการพยาบาลการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ -ประเมินความสามารถในการเรียนรู้เพื่อให้เป็นข้อมูลในการให้ข้อมูล -การให้ข้อมูลตามหลัก m-t-h-o-h-d -การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ 8. .มาตรฐานการพยาบาลการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย -การให้ข้อมูลเพื่อการยินยอมในการทำหัตถการ -การรักษาความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ -การให้ข้อมูลด้านสิทธิการรักษา และไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล การได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งวิธีการตรวจรักษาต่างๆ 9. .มาตรฐานการพยาบาลการบันทึกทางการพยาบาล -การใช้กระบวนการพยาบาล -การบันทึกทางการพยาบาลตามหลัก 4 c(correct complete clear concise)	ตก หกลมของผู้ใช้บริการ จำนวนอุบัติการณ์ผู้ใช้บริการ บาดเจ็บจากการจัดทำ การผูกยึด และการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ .รอยละของผู้ใช้บริการได้รับ คำแนะนำ/ข้อมูลทางด้านสุขภาพ เมื่อมารับการตรวจ การร้องเรียนของผู้ใช้บริการ -จำนวนของข้อร้องเรียนเกี่ยวกับ การละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการ รอยละของบุคลากรทางการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลได้ถูกต้อง
---	---



นโยบายระบบจัดการคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาคาร สิ่งแวดล้อมและเครื่องมือแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

ตามที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้กำหนดมาตรฐานระบบบริการสุขภาพขึ้น เพื่อประกาศให้หน่วยงาน สำนักรงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใช้ในการเสริมสร้างพัฒนาคุณภาพบริการ โดยได้บูรณาการมาตรฐานและสร้างร่วมมือกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(สรพ.)(องค์การมหาชน)มุ่งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภครวมถึงผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ

ด้วยความจำเป็นอย่างยิ่งว่า โรงพยาบาลบันธิจึงขอประกาศนโยบายระบบจัดการคุณภาพและความปลอดภัยสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือแพทย์ ให้เจ้าหน้าที่รับทราบและนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

๑. ด้านระบบการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยในโรงพยาบาล

๑.๑ ทุกหน่วยงานจะต้องมีผู้รับผิดชอบดูแลด้านคุณภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านอาคาร สิ่งแวดล้อม เครื่องมือแพทย์และความปลอดภัย

๑.๒ ให้มีการสำรวจความเสี่ยง และดำเนินการแก้ไขป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุ

๑.๓ ทุกหน่วยงานจะต้องจัดทำทะเบียนคุมพัสดุในความรับผิดชอบที่เป็นปัจจุบัน

๑.๔ หน่วยงานมีเครื่องมือแพทย์ อย่างเพียงพอ มีสภาพดี สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพ

๑.๕ หน่วยงานมีแผนซ่อมบำรุงเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญๆ

๒. ด้านอาคารและสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล

๒.๑ อาคาร สิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัย เหมาะสม เอื้อต่อการท างานและการเรียนรู้

๒.๒ การก่อสร้างอาคาร จะต้องดำเนินการตามระเบียบของทางราชการ

๓. ด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาล

๓.๑ เครื่องเชื่อมไฟฟ้า

๓.๒ ไฟฟ้า

๓.๓ บริภัณฑ์ไฟฟ้า

๓.๔ อัคคีภัย

๓.๕ รังสีชนิดก่อไอออน

๓.๖ ระบบก๊าซทางการแพทย์

ได้ตระหนักถึงความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งผู้ให้บริการและผู้มารับบริการตลอดจนชุมชนที่อยู่โดยรอบโรงพยาบาล ที่อาจได้รับผลกระทบจากการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ดังนั้นทางโรงพยาบาลบ้านธิจึงได้ดำเนินการจัดทำระบบการเฝ้าระวังและจัดการด้านอาชีวอนามัย และ

สภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ดังต่อไปนี้

๑. โรงพยาบาลถือว่า ความปลอดภัย ในการทำงานเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทุกคนทุกระดับที่จะร่วมมือกันปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งของตนเองและผู้อื่น
 ๒. โรงพยาบาลจะสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และวิธีการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย ตลอดจนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่เหมาะสม รวมถึงการรักษาไว้ซึ่ง สุขภาพอนามัย ที่ดีของพนักงานทุกคน
 ๓. โรงพยาบาลกำหนดเป็นนโยบายให้มีคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อรับผิดชอบ กำกับ ดูแล ติดตามในเรื่องของความสะอาด ปลอดภัย ไร้มลพิษและมีชีวิตชีวา (Healthy Workplace)
 ๔. ผู้บังคับบัญชาทุกคน ต้องมีหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบในเรื่องความปลอดภัยในการทำงานของ บุคลากรในหน่วยงาน
 ๕. โรงพยาบาลจะสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมความปลอดภัยของทุกฝ่าย ทุกงาน ที่จะช่วยกระตุ้นจิตสำนึกของเจ้าหน้าที่ทุกคนให้ปฏิบัติงานด้วยความปลอดภัย
 ๖. โรงพยาบาลจะจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติอย่างจริงจังและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
๔. ด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

๔.๑ การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย

๔.๑.๑ ให้จุดงานแยกขยะตามประเภทก่อนทิ้งลงภาชนะที่จัดไว้

- ๔.๑.๑.๑ ประเภททั่วไป ถึงขยะสีน้ำเงิน ถูรองรับสีดำ
- ๔.๑.๑.๒ ประเภทติดเชื้อ ถึงขยะสีแดง ถูรองรับสีแดง
- ๔.๑.๑.๓ ประเภทอันตราย ถึงขยะสีเขียว ถูรองรับสีเขียว
- ๔.๑.๑.๔ ประเภทรีไซเคิล ถึงขยะสีเหลือง ถูรองรับสีเหลือง

๔.๑.๒ การเก็บ ขน การทำลาย ต้องเป็นไปตามกฎหมายกำหนด

๔.๑.๓ ห้ามนำสิ่งปฏิกูล มูลฝอยจากภายนอกเข้าหน่วยงานยกเว้นได้รับอนุญาตเป็นรายๆ

๔.๒ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

๔.๒.๑ ให้แยกภาชนะในการบรรจุมูลฝอยติดเชื้อตามลักษณะของมูลฝอย โดยบรรจุไม่เกิน ¾ ของความจุภาชนะ

๔.๒.๑.๑ มูลฝอยไม่มีคม ทั้งในภาชนะที่มีถุงพลาสติกสีแดงรอง

/มูลฝอยมีคมทั้งในภาชนะ...

- ๔.๒.๑.๒ มุลฝอยมีคมทั้งในภาชนะที่ป้องกันการแทงทะลุหรือกีดกร่อนเช่นกล่องพลาสติกแข็งมีฝาปิดเป็นต้น
- ๔.๒.๒ การขนย้ายให้ใช้ถังขยะสีแดงแบบมีล้อ ห้ามใช้ปะปนกับขยะทั่วไปโดยเด็ดขาด
- ๔.๒.๓ การทำลายต้องทำโดยผู้มีอาชีพรับจ้างและเป็นไปตามกฎหมายที่กำหนด
- ๔.๒.๔ เจ้าหน้าที่ผู้เก็บ ขน จะต้องได้รับการอบรมวิธีการท างานอย่างถูกต้อง และต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันตัวเองขณะปฏิบัติงาน
- ๔.๒.๕ ถึงมูลฝอยติดเชื้อที่รอการขนย้ายเพื่อป้องกันมิให้เป็นแหล่งอาศัยของแมลงและสัตว์ต่างๆ
- ๔.๒.๖ ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูล สถิติ จำนวนมูลฝอยติดเชื้อ รวบรวมจัดทำเป็นรายงานแจ้งเจ้าพนักงานท้องถิ่นภายใน๑๕ วันของเดือนถัดไป

๔.๓ การจัดการน้ำเสีย

- ๔.๓.๑ จัดทำแผนบำรุงรักษาอุปกรณ์ระบบบำบัดเสียประจำปีและดำเนินการตามแผน
- ๔.๓.๒ ส่งตรวจน้ำที่ผ่านระบบบำบัดน้ำเสีย ปีละ ๒ ครั้ง
- ๔.๓.๓ น้ำที่ผ่านระบบบำบัดน้ำเสียแล้วต้องได้ค่าไม่เกินมาตรฐานที่กำหนด
- ๔.๓.๔ ให้มีการบันทึกข้อมูลสถิติและข้อมูลการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียตามแบบ ทส.๑ทุกวันและสรุปตามแบบ ทส.๒ ส่งเจ้าพนักงานท้องถิ่นภายใน๑๕ วันของเดือนถัดไป

๔.๔ การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค

- ๔.๔.๑ ส่งตรวจสุขภาพคุณภาพน้ำอุปโภค บริโภค อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้งตามมาตรฐานของกรมอนามัยภายใต้การควบคุมของนักวิชาการสาธารณสุข
- ๔.๔.๒ อุปกรณ์ในระบบผลิตน้ำอุปโภคบริโภค จะต้องได้รับการบำรุงรักษา เปลี่ยนอุปกรณ์ที่เสื่อมสภาพหรือชำรุดตามแผนที่กำหนด
- ๔.๔.๓ มีปริมาณน้ำอุปโภคบริโภคอย่างเพียงพอสำหรับใช้งานตลอดเวลา
- ๔.๔.๔ อนุญาตให้นำน้ำดื่มไปใช้นอกหน่วยงานได้ ยกเว้นกรณีภัยแล้ง

๔.๕ ระบบระบายอากาศและเครื่องปรับอากาศ

- ๔.๕.๑ ล้างแผ่นกรองฝุ่นและคอมเพรสเซอร์ อย่างสม่ำเสมอ โดยผู้ใช้หรือเจ้าหน้าที่ซ่อมบำรุง
- ๔.๕.๒ ล้างเครื่องทั้งระบบ ปีละ ๑ ครั้ง โดยเอกชนภายนอก
- ๔.๕.๓ การติดตั้งเครื่องปรับอากาศจะต้องทำโดยช่างผู้ชำนาญการ
- ๔.๕.๔ พื้นที่ทำงานทุกส่วนควรมีการไหลเวียนอากาศที่ดี ไม่อับชื้น

๔.๖ ระบบแสงสว่าง

- ๔.๖.๑ จุดปฏิบัติงานจะต้องมีแสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นสิ่งต่างๆได้ชัดเจน
- ๔.๖.๒ ทุกพื้นที่ภายในอาคารและบริเวณโดยรอบ เส้นทางสัญจรในโรงพยาบาลจะต้องมีระบบไฟฟ้าส่องสว่างอย่างครอบคลุม
- ๔.๖.๓ อุปกรณ์ไฟฟ้าต้องได้มาตรฐานที่ราชการกำหนด

/การจัดการมลพิษทางเสียง...

๔.๗ การจัดการมลพิษทางเสียง

๔.๗.๑ ในพื้นที่โรงพยาบาลระดับเสียงต้องไม่เกิน๘๕ dB(A)

๔.๗.๒ การติดตั้งไมโครโฟนและระดับเสียงต้องเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ ๑๕ พ.ศ.๒๕๔๐

๔.๗.๓ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในบริเวณที่มีเสียงดังเป็นจะต้องใช้เครื่องป้องกันเสียงในระหว่างปฏิบัติงาน เช่นที่ครอบหู ปลั๊กอุดหู เป็นต้น

๕. ด้านสื่อสารในโรงพยาบาล (วิทยุคมนาคม ระบบเสียงตามสาย ระบบโทรศัพท์ ระบบเรียกพยาบาลระบบกล้องวงจรปิดระบบเครือข่ายสื่อสารข้อมูล)

๕.๑ อุปกรณ์ในการสื่อสารอาทิเช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์พื้นฐาน โทรศัพท์เคลื่อนที่ โทรสาร ระบบกล้องวงจรปิด ออกเรียกพยาบาล เป็นต้น จะต้องตรวจสอบ และบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ ให้มีสภาพดี ใช้งานได้ตลอดเวลา

๕.๒ ระบบกล้องวงจรปิดจะต้องระบบไฟฟ้าสำรองรองรับการใช้งานกรณีฉุกเฉินและต้องมีการสำรองข้อมูลที่สามารถย้อนหลังดูได้ไม่น้อยกว่า ๓ วัน

๕.๓ หน่วยงานรับผิดชอบต้องมีทะเบียนควบคุมพัสดุตามระเบียบราชการกำหนด

๖.ด้านเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาล

๖.๑ ทุกหน่วยงานจะต้องจัดทำทะเบียนควบคุมเครื่องมือแพทย์ในความรับผิดชอบ พร้อมประวัติการซ่อมบำรุงอย่างครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ตามรูปแบบที่ทางราชการกำหนด

๖.๒ เครื่องมือแพทย์จะต้องได้รับการบำรุงรักษาให้มีสภาพดีอยู่เสมอ

๖.๓ เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญจะต้องได้รับการสอบเทียบอย่างสม่ำเสมอ และนำผลการสอบเทียบมาใช้ในการบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ในหน่วยงาน

๖.๔ เครื่องมือแพทย์ที่จัดหาจะต้องได้รับมาตรฐานสากลเช่น มาตรฐาน ISO IEC EN UL หรือมอก.

๖.๕ เครื่องเอกซเรย์ระบบดิจิตอลได้รับการประเมินมาตรฐานทุกปี

จึงประกาศมาให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป



(นางสมสกุล เกียรติรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านธิ



กรมการแพทย์
สถาบันทันตกรรม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support

THAI DENTAL CLINIC 2024 ACCREDITATION STANDARD

เกณฑ์ประเมินมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม 2567



TDCA

THAI DENTAL CLINIC ACCREDITATION



คำชี้แจง

เกณฑ์ประเมินมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม 2567 – THAI DENTAL CLINIC ACCREDITATION STANDARD 2024 จัดทำขึ้นโดยมีความมุ่งหวัง เพื่อยกระดับมาตรฐานการรักษาทางทันตกรรมของประเทศไทย ให้มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น, เป็นเกณฑ์ประเมินที่เป็นมิตร ให้คลินิกทันตกรรมทุกขนาด ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน นำไปใช้ประเมินเพื่อพัฒนาตนเองได้ และที่สำคัญคือก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนผู้มารับการรักษา รวมถึงทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์ประเมินฉบับนี้พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจาก **แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม 2567 DENTAL SAFETY GOALS & GUIDELINES 2024** โดยคณะกรรมการทันตแพทยสภาวาระที่ 10 ผ่านการสอบถามความคิดเห็นจากผู้บริหารการสาธารณสุข และรับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกทันตแพทยสภา ในหลายภาคส่วน เพื่อพยายามปรับปรุงให้เกณฑ์ประเมินฉบับนี้ เป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติงานระดับสากล ในขณะเดียวกันก็เหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติงานจริง

คณะผู้จัดทำขอชี้แจงรูปแบบของเกณฑ์ประเมินฉบับนี้ เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจในภาพรวม และใช้งานได้สะดวกยิ่งขึ้น ดังนี้

1. เกณฑ์ประเมินแบ่งเป็น 6 หมวด เรียกรวมกันอย่างง่ายว่า **SAFE TRRICO** แต่ละหมวดแบ่งเป็นข้อ, ข้อย่อย และประเด็นต่าง ๆ ที่ระบุถึงมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม
2. ระดับของเกณฑ์ประเมินมี 3 ระดับ ได้แก่ TDCA 2401, TDCA 2402 และ TDCA 2403 เพื่อเอื้อให้คลินิกทันตกรรมที่มีระดับความพร้อมต่างกัน สามารถเข้าสู่ระบบการประเมิน และพัฒนาตนเองขึ้นได้เรื่อย ๆ
3. คณะผู้จัดทำได้แสดงการจัดกลุ่ม เกณฑ์ประเมินมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม 2567 - **SAFE TRRICO** เทียบเคียงกับ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 - **SIMPLE** ของ **สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)** ไว้ด้วย เพื่อให้สะดวกต่อการสื่อสาร และทำงานพัฒนาคุณภาพร่วมกัน

อย่างไรก็ตาม เกณฑ์ประเมินฉบับนี้เป็นเพียงข้อเสนอแนะทางวิชาการเพื่อการพัฒนา ผู้ปฏิบัติงานทางทันตกรรมสามารถพิจารณานำไปใช้เป็นแนวทาง โดยอาจปรับประยุกต์ ให้เหมาะสมกับบริบทคลินิกทันตกรรมของตน และเกณฑ์ประเมินเหล่านี้ย่อมมีการทบทวนและปรับปรุงเป็นระยะ ให้สอดคล้องกับหลักฐานวิชาการ และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

คณะผู้จัดทำ

ระดับของเกณฑ์ประเมิน

ระดับ	ชื่อระดับ	คำอธิบาย	เหมาะสมกับ
1	TDCA 2401	- เป็นการปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ที่จำเป็นต้องทำอยู่แล้ว หรือจำเป็นต้องทำตามกฎหมาย - เป็นการปฏิบัติที่ต้องการผลักดันให้เกิดขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานการรักษาทางทันตกรรมของประเทศไทย ในภาพรวม	คลินิกทันตกรรมทุกระดับ
2	TDCA 2402	- เป็นการปฏิบัติ เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรม มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น - ต้องจัดหาเครื่องมือ, จัดเตรียมเอกสาร และ จัดการระบบ เพิ่มเติมบางอย่าง	คลินิกทันตกรรมที่มีความพร้อม ระดับต้น ถึง ระดับกลาง
3	TDCA 2403	- เป็นการปฏิบัติขั้นต่อยอด เพื่อความเป็นเลิศ ด้านคุณภาพและความปลอดภัย ในการรักษาทางทันตกรรม - ต้องจัดหาเครื่องมือ, จัดเตรียมเอกสาร และ จัดการระบบ ให้ครอบคลุมในหลายด้าน	คลินิกทันตกรรมที่มีความพร้อม ระดับสูง

หมายเหตุ ข้อที่มีเครื่องหมาย * กำกับ เป็นข้อที่จำเป็นต้องปฏิบัติ และจำเป็นต้องได้รับการประเมินว่า ผ่านในข้อนั้น (THE MUST) จึงจะได้รับการประเมินว่า ผ่านเกณฑ์ของระดับนั้น

สารบัญ

คำชี้แจง.....	ข
ระดับของเกณฑ์ประเมิน	ค
เกณฑ์ประเมินมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม	1
SAFE TRRICO	2
SC: SAFE COMMUNICATION สื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ	4
ภาคผนวก 1 ตัวอย่างเอกสารยินยอมรับการรักษา	7
ภาคผนวก 2 ตัวอย่างเอกสารแจ้งแผนการรักษาและค่าใช้จ่าย	12
ST: SAFE TREATMENT ให้การรักษาและสั่งใช้ยาอย่างปลอดภัย.....	13
ภาคผนวก 3 ตัวอย่างเอกสารขอคำปรึกษาทางการแพทย์.....	21
ภาคผนวก 4 ตัวอย่างเอกสารส่งต่อผู้ป่วย	22
ภาคผนวก 5.....	23
ตัวอย่างยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug).....	23
ตัวอย่างยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug)	24
ตัวอย่างยาที่เกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกขากรรไกรตายเนื่องจากยา (MRONJ).....	25
ภาคผนวก 6 แนวทางการถ่ายภาพรังสีประกอบการรักษาทางทันตกรรม.....	27
SI: SAFE INFECTION CONTROL ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน	28
ภาคผนวก 7 มาตรการควบคุมการติดเชื้อ	36
ภาคผนวก 8 ขั้นตอนการล้างมือ	38
ภาคผนวก 9 แนวทางการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล.....	39
ภาคผนวก 10	42
ขั้นตอนการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	42
ขั้นตอนการสวมและถอดหน้ากาก N95	43

ภาคผนวก 11 การทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) และการฆ่าเชื้อ (Disinfection)	44
ภาคผนวก 12 การจัดเตรียมเครื่องมือรักษาผู้ป่วย	47
ภาคผนวก 13 ตัวบ่งชี้ทางเคมีสำหรับกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ	50
ภาคผนวก 14 การดูแลพื้นผิวในคลินิก (Environmental surface)	51
ภาคผนวก 15 การดูแลคุณภาพน้ำของยูนิตทันตกรรม	52
ภาคผนวก 16 ตัวอย่างน้ำยาบ้วนปากกระป๋องเชื่อก่อนทำหัตถการ	53
ภาคผนวก 17 ตัวอย่างน้ำยาฆ่าเชื้อในงานแล็บทันตกรรม	54
ภาคผนวก 18 การจัดการระบบระบายอากาศในคลินิกทันตกรรม	55
ภาคผนวก 19 การจัดการขยะ	57
SR: SAFE RECORD บันทึกข้อมูลครบถ้วนและมีระบบคุ้มครองข้อมูล	60
ภาคผนวก 20 ตัวอย่างเอกสารยินยอมให้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือการรักษา	63
SO: SAFE OCCUPATION ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย	64
RM: RISK MANAGEMENT บริหารความเสี่ยงเพื่อสร้างความปลอดภัย	67
SIMPLE	69
บรรณานุกรม	72
บรรณานุกรม	73
เอกสารอ้างอิงภาคผนวก	77
คณะผู้จัดทำ	83
คณะทำงานปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม	
Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2015 และที่แก้ไขเพิ่มเติม	84
คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยบริการทางทันตกรรม	
ภายใต้คณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 10	85
คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม	
ตามคำสั่งกรมการแพทย์ที่ 483/2566 สั ง ณ วันที่ 13 กรกฎาคม 2566	86

เกณฑ์ประเมิน มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม

SAFE TRRICO

หรือ

SIMPLE

ST: SAFE TREATMENT

SR: SAFE RECORD

SI: SAFE INFECTION CONTROL

SC: SAFE COMMUNICATION

SO: SAFE OCCUPATION

RM: RISK MANAGEMENT

PATIENT SAFETY

S: SAFE SURGERY

I: INFECTION PREVENTION AND CONTROL

M: MEDICATION SAFETY

P: PATIENT CARE PROCESSES

L: LINE, LABORATORY AND X-RAY

E: EMERGENCY RESPONSE

PERSONNEL SAFETY

P: PROCESS OF WORK

L: LEGAL ISSUES

E: ENVIRONMENT

SAFE TRRICO

SC: SAFE COMMUNICATION สื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ

- SC1 แจ้งวิธีการรักษา, ทางเลือกในการรักษา, ผลลัพธ์จากการรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
- SC2 แจ้งค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา
- SC3 แจ้งปัญหาที่เกิดขึ้น, การพยากรณ์โรค และแนวทางจัดการปัญหา เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน หรือความไม่สมบูรณ์ในการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
- SC4 สื่อสารข้อมูลการรักษากับผู้ป่วยต่างชาติ ให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และสอดคล้องกัน

ST: SAFE TREATMENT ให้การรักษาและสั่งใช้ยาอย่างปลอดภัย

- ST1 ให้การรักษาตามลำดับความเร่งด่วน
- ST2 ระบุตัวผู้ป่วย และตำแหน่งทำหัตถการ อย่างถูกต้อง ก่อนเริ่มการรักษา
- ST3 ประเมินสถานะของผู้ป่วย ก่อนเริ่มการรักษา
- ST4 ตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
- ST5 รักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉิน ในสถานพยาบาลที่มีความสามารถจัดการภาวะฉุกเฉิน
- ST6 จัดการผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการดูแลพิเศษ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา
- ST7 จัดการผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความต้องการดูแลพิเศษ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา
- ST8 สั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีระบบจัดการด้านยาที่ปลอดภัยรองรับ

SI: SAFE INFECTION CONTROL ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน

- SI1 ทำความสะอาดมือได้อย่างถูกต้อง
- SI2 ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment)
- SI3 ดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ และสร้างสุขนิสัยการไอจาม

- SI4 ฉีดยาอย่างปลอดภัย
- SI5 จัดเตรียมเครื่องมือรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- SI6 จัดการผ้าในคลินิกได้อย่างเหมาะสม
- SI7 ดูแลพื้นผิวในคลินิก (Environmental surface) ได้อย่างเหมาะสม
- SI8 ดูแลระบบน้ำของยูนิตทันตกรรมให้สะอาด
- SI9 ควบคุมการปนเปื้อนขณะทำการรักษา
- SI10 ควบคุมการติดเชื้อในการถ่ายภาพรังสี
- SI11 ควบคุมการติดเชื้อในงานแล็บทันตกรรม
- SI12 ดูแลคุณภาพอากาศภายในคลินิกทันตกรรม
- SI13 จัดการขยะได้อย่างปลอดภัย
- SI14 จัดการน้ำเสียก่อนระบายทิ้ง
- SI15 จัดเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อม ต่อการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมการติดเชื้อ

SR: SAFE RECORD บันทึกข้อมูลครบถ้วนและมีระบบคุ้มครองข้อมูล

- SR1 บันทึกเวชระเบียน ที่แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย, การประเมิน, การรักษา และการแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- SR2 มีมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

SO: SAFE OCCUPATION ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย

- SO1 ดูแลสถานที่ปฏิบัติงาน ให้เอื้อต่อการใช้งานอย่างปลอดภัย
- SO2 มีมาตรการคุ้มครองสุขภาพ และความปลอดภัยของบุคลากร
- SO3 มีมาตรการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุในสถานพยาบาล

RM: RISK MANAGEMENT บริหารความเสี่ยงเพื่อสร้างความปลอดภัย

- RM1 มีกิจกรรมค้นหาความเสี่ยง เพื่อการเรียนรู้ โดยไม่ใช้ค่านิยมกล่าวโทษ (No blame culture)
- RM2 วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (Root cause analysis) เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์

SC: SAFE COMMUNICATION

สื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ

SC: SAFE COMMUNICATION

สื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
SC1 แจ้งวิธีการรักษา, ทางเลือกในการรักษา, ผลลัพธ์จากการรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ¹	SC1.1 สำหรับหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง, อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน, พยากรณ์โรคไม่ดี หรืออาจไม่บรรลุตามความคาดหวังของผู้ป่วย ² - มีระบบยืนยันว่า ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม รับทราบข้อมูลการรักษา และแสดงความยินยอม (Informed consent) ³ รับการรักษาแล้ว	✓	✓	✓
	SC1.2 สำหรับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ⁴ (1) ให้ทันตแพทย์วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ⁵ และ (2) ระบุทันตแพทย์เจ้าของไข้ ⁶ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องที่เหมาะสม และช่วยให้สื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ		✓	✓ ✓

¹ รายละเอียดตาม หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0202.4.1/ว724 ลงวันที่ 29 กันยายน 2560 เรื่อง การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย

² หัตถการดังกล่าว เช่น การใส่รากฟันเทียม, การผ่าตัดในหรือนอกช่องปาก, การจัดฟัน, การควบคุมการเคลื่อนไหว (Protective stabilization) ผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยพิเศษเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา เป็นต้น

³ ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed consent) ในบริบทนี้ หมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกรับการรักษาด้วยความสมัครใจ ภายหลังได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ อันประกอบด้วย อาการของโรค และผลการตรวจวินิจฉัย, แนวทางการรักษา และความเสี่ยงของการรักษา, ทางเลือกในการรักษา และความเสี่ยงของทางเลือกในการรักษา, ค่าใช้จ่ายของการรักษา และแนวทางปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษา

ทั้งนี้ ผู้แทนโดยชอบธรรม, ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง

ดูตัวอย่างเอกสารยินยอมรับการรักษา ที่ภาคผนวก 1

⁴ การรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน หมายรวมถึง การรักษาที่มีหลายขั้นตอน, มีทางเลือกในการรักษาหลายทางเลือก, มีค่าใช้จ่ายสูง, ต้องมารับการรักษาหลายครั้ง ทำให้ใช้ระยะเวลานานในการรักษา หรือต้องมีผู้ให้การรักษามากกว่า 1 คน

⁵ ดูตัวอย่างเอกสารแจ้งแผนการรักษาและค่าใช้จ่าย ที่ภาคผนวก 2

⁶ ทันตแพทย์เจ้าของไข้ หมายถึง ทันตแพทย์ผู้วางแผนการรักษา, ทันตแพทย์ผู้วางแผนการรักษาต่อเนื่อง หรือทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาหลัก

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
SC2 แจ้งค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา	SC2.1 มีระบบแสดงค่ารักษาพยาบาล ⁷ ที่ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงได้ง่าย	✓	✓	✓
	SC2.2 มีกระบวนการแจ้งค่ารักษาพยาบาล ก่อนเริ่มการรักษาแต่ละครั้ง	✓	✓	✓
SC3 แจ้งปัญหาที่เกิดขึ้น, การพยากรณ์โรค และแนวทางการจัดการปัญหา เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ในการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ	SC3.1 หากมีภาวะแทรกซ้อน หรือความไม่สมบูรณ์ในการรักษาเกิดขึ้นขณะทำการรักษา (1) อธิบายรายละเอียดของปัญหาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างทันที เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และสอดคล้องกับผู้ให้การรักษา และ (2) มีระบบยืนยันว่า ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม รับทราบรายละเอียดของปัญหาแล้ว	✓	✓	✓
	SC3.2 หากผู้ป่วยร้องขอ หรือผู้ให้การรักษาไม่สามารถจัดการภาวะแทรกซ้อน หรือความไม่สมบูรณ์ในการรักษาที่เกิดขึ้นได้ - ให้ปรึกษา หรือประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ไปพบผู้ที่สามารถจัดการปัญหาได้ โดยไม่ล่าช้า	✓	✓	✓
	SC4.1 หากผู้ให้การรักษา ไม่สามารถสื่อสารข้อมูลการรักษากับผู้ป่วยต่างชาติ ให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และสอดคล้องกันผ่านภาษาใดภาษาหนึ่ง (1) พิจารณาใช้ล่าม หรือเทคโนโลยีแปลภาษา ⁸ เพื่อให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ และ (2) มีระบบยืนยันว่า ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม รับทราบข้อมูลการรักษา ผ่านภาษาที่ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรมเข้าใจแล้ว			✓
SC4 สื่อสารข้อมูลการรักษากับผู้ป่วยต่างชาติ ให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และสอดคล้องกัน	SC4.2 มีเอกสารเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา ที่แปลเป็นภาษาต่างประเทศ ⁹ โดยพิจารณาตามบริบทของสถานพยาบาล			✓

⁷ รายละเอียดตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชนิดหรือประเภทของการรักษาพยาบาล ยาและเวชภัณฑ์ การบริการทางการแพทย์ หรือการบริการอื่นของสถานพยาบาล และสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งผู้รับอนุญาตจะต้องแสดงตามมาตรา 32 (3) พ.ศ. 2561

⁸ อาจเลือกใช้ ล่ามของสถานพยาบาล, บริการล่ามทางโทรศัพท์หรือทางระบบออนไลน์, เครื่องมือหรือโปรแกรมแปลภาษา เป็นต้น

⁹ เอกสารเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษา ที่ควรแปลเป็นภาษาต่างประเทศ เช่น เอกสารแสดงความยินยอมรับการรักษา และเอกสารแจ้งแผนการรักษาและค่าใช้จ่าย

ภาคผนวก 1

ตัวอย่างเอกสารยินยอมรับการรักษา

ชื่อสถานพยาบาล..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ผู้ป่วย ชื่อ-สกุล..... อายุ..... HN.....

ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับอาการของโรคและผลการตรวจวินิจฉัย, แนวทางการรักษาและความเสี่ยง, ทางเลือกในการรักษาและความเสี่ยง, ค่าใช้จ่าย และแนวทางปฏิบัติตัว จากทันตแพทย์..... ดังนี้

1. อาการของโรค และผลการตรวจวินิจฉัย.....

.....

.....

2. แนวทางการรักษา.....

.....

.....

3. ค่าใช้จ่าย, ส่วนเบิกได้ และส่วนเบิกไม่ได้ โดยประมาณ.....

.....

.....

4. ความเสี่ยงของการรักษา, ทางเลือกในการรักษาและความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษา
ดูรายละเอียดตามเอกสารแนบ

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจ รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาที่จะได้รับ จากทันตแพทย์แล้ว และได้รับแจ้งแล้วว่า หากเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา จะแจ้งให้ข้าพเจ้ารับทราบโดยไม่ล่าช้า

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับการรักษา

ลงชื่อ (.....) ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง ลงชื่อ (.....) พยาน

.....

.....

ผู้ปกครองเกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ (.....) ทันตแพทย์ ลงชื่อ (.....) พยาน

.....

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง

ตัวอย่างเอกสารแนบ

การรักษาคลองรากฟัน

การรักษาคลองรากฟัน เป็นกระบวนการรักษาการติดเชื้อในโพรงฟันและคลองรากฟัน ทำโดยกำจัดเนื้อเยื่อในที่ติดเชื้อ, ทำความสะอาด แล้วอุดคลองรากฟันให้เต็มแน่น เพื่อให้สามารถเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ใช้งานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการรักษา

1. เพื่อกำจัดเชื้อโรคออกจากคลองรากฟันที่ติดเชื้อ
2. เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำภายในคลองรากฟัน
3. เพื่อเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ใช้งาน

ขั้นตอนการรักษา

1. อาจฉีดยาชา เพื่อระงับความรู้สึกบริเวณที่ทำการรักษา
2. ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย เพื่อป้องกันการปนเปื้อน
3. กรอฟันผ่านด้านใกล้ลิ้นของฟันหน้า หรือด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง จนถึงโพรงฟัน
4. ใช้เครื่องมือรักษาคลองรากฟัน กำจัดเนื้อเยื่อใน, ทำความสะอาด และขยายคลองรากฟัน พร้อมล้างเป็นระยะ
5. อาจใส่ยาในคลองรากฟัน และนัดเปลี่ยนยาเป็นระยะ เพื่อรักษาอาการติดเชื้อ
6. อุดคลองรากฟันให้เต็มแน่น เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ
7. พิจารณารูปแบบฟันต่อ ด้วยการอุดฟัน, ใส่เดือยฟัน หรือทำครอบฟัน เพื่อป้องกันฟันแตกหัก

* จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีประกอบการรักษาเป็นระยะ

* อาจต้องมารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง

ผลลัพธ์ของการรักษา

1. ช่วยบรรเทาอาการปวดและบวม
2. สามารถเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ใช้งาน ไม่ต้องถอนฟัน
3. สามารถเคี้ยวอาหาร และใช้งานได้ใกล้เคียงปกติ

การรักษาคลองรากฟันมีอัตราความสำเร็จค่อนข้างสูง มีส่วนน้อยที่อาจไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจแก้ไขได้ด้วยการรักษาคลองรากฟันซ้ำ, การทำศัลยกรรมปลายรากฟัน หรือการถอนฟัน

ความเสี่ยงของการรักษา

ความเสี่ยงต่อไปนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้ โดยอาจเกิดขึ้นเพียงบางข้อ หรืออาจไม่เกิดขึ้นเลย

ความเสี่ยง	แนวทางจัดการ
การแพ้ยาชา และผลของยาชาต่อโรคทางระบบ	- จัดการภาวะฉุกเฉิน และช่วยชีวิตตามแนวทางปฏิบัติ
น้ำยาล้างคลองรากฟัน รั่วซึมออกนอกปลายรากฟัน หรือรั่วซึมโดนเนื้อเยื่ออ่อน	- ดูดออกด้วยระบบดูดกำลังสูง - ล้างด้วยน้ำสะอาด - จ่ายยาแก้ปวด, อาจจ่ายยาปฏิชีวนะด้วย และนัดติดตามอาการเป็นระยะ - ส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ หากอาการไม่ดีขึ้น
เครื่องมือหักภายในคลองรากฟัน ที่เล็ก, บิดโค้งหรือตีตัน	- นำเครื่องมือที่หักออก หรือ - ปลดไข แล้วอุดคลองรากฟัน และนัดติดตามอาการเป็นระยะ - ทำศัลยกรรมปลายรากฟัน หากเครื่องมือหักนอกปลายรากฟัน หรือหากอาการไม่ดีขึ้น
วัสดุอุดคลองรากฟันเกิน ออกนอกปลายรากฟัน ในฟันที่มีปลายรากฟันเปิด	- นัดติดตามอาการเป็นระยะ - ทำศัลยกรรมปลายรากฟัน เพื่อกำจัดวัสดุส่วนเกิน และอุดปิดปลายรากฟันที่รั่ว หากอาการไม่ดีขึ้น
วัสดุอุดฟันชั่วคราวหลุด	- อุดฟันชั่วคราวใหม่ โดยเร็วที่สุด
ฟันธรรมชาติแตกหัก จนบูรณะไม่ได้	- ถอนฟัน หรือทำศัลยกรรมร่นระดับกระดูกก่อนบูรณะ
สีฟันคล้ำลงหลังการรักษา	- ฟอกสีฟัน หรือทำครอบฟัน
อาการปวด และบวม หลังการรักษา	- จ่ายยาแก้ปวด, อาจจ่ายยาปฏิชีวนะด้วย และนัดติดตามอาการเป็นระยะ - รักษาคลองรากฟันซ้ำ หรือถอนฟัน หากอาการไม่ดีขึ้น

ความเสี่ยง	แนวทางจัดการ
อาการชานานเกินปกติ	- นัดติดตามอาการเป็นระยะ
ปวดข้อต่อขากรรไกร และอ้าปากได้จำกัด หรือแตกต่างจากเดิม	- จ่ายยาแก้ปวด และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง
การเกิดรอยโรค ในพื้นที่รักษาลongรากฟันแล้ว	- รักษาลongรากฟันซ้ำ, ทำศัลยกรรมปลายรากฟัน หรือถอนฟัน

ทางเลือกในการรักษา

ถอนฟัน และทดแทนฟันที่หายไป ด้วยฟันเทียมถอดได้, สะพานฟัน, รากฟันเทียม หรือการจัดฟันเพื่อเคลื่อนฟันใกล้เคียงมาปิดช่องว่าง

ทางเลือก	ความเสี่ยง
ถอนฟัน	- การสูญเสียฟันธรรมชาติ ทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่เหมือนเดิม และอาจมีคุณภาพชีวิตแย่ลง - ฟันข้างเคียงล้มหรือยื่นเข้าหาช่องว่าง หากไม่ได้ใส่ฟันทดแทน
ฟันเทียมถอดได้	- ความรู้สึกไม่คุ้นเคย หรือเจ็บขณะใช้งาน - ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวน้อยกว่าฟันธรรมชาติ
สะพานฟัน	- ฟันธรรมชาติข้างช่องว่างถูกกรอแต่งเพื่อเป็นฟันหลักยึด
รากฟันเทียม	- ค่าใช้จ่ายสูง - ความเสี่ยงจากการทำศัลยกรรม โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ
จัดฟัน	- การรักษาใช้เวลานาน และทำได้เฉพาะบางกรณี - ฟันเคลื่อนหลังจัดฟันเสร็จ หากไม่ใส่เครื่องมือคงสภาพฟัน

ข้อแนะนำก่อนการรักษา

1. รับประทานอาหารและยาตามปกติ หากไม่มีคำแนะนำอื่นจากแพทย์
2. แจ้งประวัติสุขภาพ, ประวัติใช้ยา และประวัติแพ้ยา และสารอื่น ให้ทันตแพทย์รับทราบ

ข้อแนะนำหลังการรักษา

1. อาจมีอาการปวด 1-3 วัน หลังการรักษาแต่ละครั้ง สามารถบรรเทาได้ด้วยการรับประทานยาแก้ปวด แต่หากอาการไม่ดีขึ้น ให้รีบกลับมาพบทันตแพทย์
2. หลังรักษาลongรากฟันเสร็จ ต้องบ้วนน้ำฟันท่อ เพื่อป้องกันฟันแตกหัก
3. หลีกเลี่ยงการใช้ฟันที่ยังไม่ได้บ้วนน้ำ ฟัดหรือบดเคี้ยวของแข็ง
4. ควรมาติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ตามที่ทันตแพทย์นัด
5. ฟันที่รักษาลongรากฟันและบ้วนน้ำเรียบร้อยแล้ว ยังมีโอกาสหลุดต่อ จำเป็นต้องแปรงฟันและดูแลความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจ ข้อมูลการรักษาลongรากฟันตามเอกสารนี้แล้ว

ลงชื่อ () ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง

.....

ผู้ปกครองเกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ () ทันตแพทย์

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ () พยาน

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ () พยาน

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ตัวอย่างเอกสารแนบ

การผ่าตัดฟันคุดและฟันฝัง

การผ่าตัดฟันคุดและฟันฝัง เป็นการทำศัลยกรรม เพื่อนำ ฟันกรามซี่ที่ 3 หรือฟันซี่อื่น ที่ไม่สามารถขึ้นมาในช่องปาก ได้ตามปกติ หรือมีตำแหน่งและทิศทางที่ผิดปกติ เนื่องจาก มีสิ่งขัดขวางการขึ้นของฟัน ออกไป

วัตถุประสงค์ของการรักษา

1. เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะผื่นเหงือกอักเสบ จากการมี เศษอาหารสะสมใต้ผื่นเหงือก ซึ่งอาจทำให้ปวด, บวม, เป็นหนอง หรือติดเชื้อลุกลามไปยังบริเวณอื่น
2. เพื่อป้องกันฟันข้างเคียงผุบริเวณซอกฟัน เพราะเป็น บริเวณที่ทำความสะอาดได้ยาก
3. เพื่อป้องกันฟันซ้อนเก หรือกระดูกรอบรากฟันและรากฟัน ข้างเคียงถูกทำลาย จากแรงดันของฟันคุด
4. เพื่อป้องกันการเกิดถุงน้ำ หรือเนื้องอก จากการขยายตัวของเนื้อเยื่อรอบฟันคุด
5. เพื่อป้องกันกระดูกขากรรไกรหัก เพราะบริเวณที่มีฟันคุด หรือฟันฝัง มีกระดูกบางกว่าบริเวณอื่น
6. เพื่อเตรียมช่องปาก ก่อนการจัดฟัน และทำฟันเทียม

ขั้นตอนการรักษา

1. ฉีดยาชา เพื่อระงับความรู้สึกบริเวณที่ทำการรักษา
 2. เปิดแผ่นเหงือก, กรอกระดูกรอบฟันบางส่วน, กรอแบ่งฟัน, นำฟันที่กรอแบ่งแล้วออก, ล้างทำความสะอาด และเย็บปิด แผ่นเหงือก
 3. จ่ายยาแก้ปวด และอาจจ่ายยาปฏิชีวนะด้วย
 4. นัดกลับมาตัดไหม ประมาณ 1 สัปดาห์
- * จำเป็นต้องมีภาพรังสีประกอบการรักษา

ผลลัพธ์ของการรักษา

1. ช่วยบรรเทาอาการปวดและบวม จากการติดเชื้อ
2. ช่วยบรรเทาอาการปวด จากแรงดันของฟันคุด

ความเสี่ยงของการรักษา

ความเสี่ยงต่อไปนี้มีโอกาสเกิดขึ้นได้ โดยอาจเกิดขึ้น เพียงบางข้อ หรืออาจไม่เกิดขึ้นเลย

ความเสี่ยง	แนวทางจัดการ
การแพ้ยาชา และผลของ ยาชาต่อโรคทางระบบ	- จัดการภาวะฉุกเฉิน และช่วยชีวิต ตามแนวทางปฏิบัติ
ปลายรากฟันหักขณะ ผ่าตัด และอยู่ในตำแหน่ง ที่ หากนำออกอาจเกิด อันตรายต่อเส้นประสาท หรือโครงสร้างข้างเคียง	- ปลดปล่อยไว้ และนัดติดตามอาการ เป็นระยะ
ปลายรากฟันหักขณะ ผ่าตัด และหลุดเข้าไปใน โพรงอากาศขากรรไกรบน หรือช่องด้านลิ้น	- ผ่าตัดนำปลายรากฟันออกมา
วัสดุอุดฟัน หรือผิวฟัน ของฟันข้างเคียง หลุด หรือมีรอยกรอ	- อุดฟัน
ฟันข้างเคียงโยก	- นัดติดตามอาการเป็นระยะ อาการ จะกลับมาเป็นปกติใน 1-2 เดือน
ฟันข้างเคียงหลุดออกมา	- นำฟันใส่กลับเข้าฟัน, เข้าเผือกฟัน และรักษาคอลงรากฟัน - ใส่ฟันทดแทน หากไม่สามารถ นำฟันที่หลุดใส่กลับได้
เลือดยังไหลซึมหลังคาย ผ้าก๊อช	- กดผ้าก๊อชผืนใหม่ให้แน่น ต่ออีก 1 ชั่วโมง - กลับมาพบทันตแพทย์ หาก อาการไม่ดีขึ้น
ขอบกระดูกยื่นคม หรือ เศษกระดูกแตกหักตกค้าง	- นำเศษกระดูกที่แตกหักออก - ผ่าตัดตกแต่งขอบกระดูก

ความเสี่ยง	แนวทางจัดการ
กระดูกเข้าฟันอักเสบ	- ล้างแผล, ใส่ยาในกระดูกเข้าฟัน, จ่ายยาแก้ปวด และนัดติดตามอาการเป็นระยะ
การติดเชื้อหลังผ่าตัด	- ล้างแผล, จ่ายยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะ และนัดติดตามอาการเป็นระยะ
อาการปวด และบวมหลังผ่าตัด	- จ่ายยาแก้ปวด และอาจจ่ายยาปฏิชีวนะด้วย - ประคบเย็น ใน 1-2 วันแรก และประคบอุ่น ในวันที่ 3 เป็นต้นไป จนอาการบวมลดลง
อาการชานานเกินปกติ	- นัดติดตามอาการเป็นระยะ
ปวดข้อต่อขากรรไกร และอ้าปากได้จำกัด หรือแตกต่างจากเดิม	- จ่ายยาแก้ปวด และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง

ทางเลือกในการรักษา

ทางเลือก	ความเสี่ยง
Coronectomy กรอดัดฟัน เพื่อ นำส่วนตัวฟัน ออก และเหลือ ส่วนรากฟันไว้ ในกระดูก	- การรักษาทำได้เฉพาะบางกรณี - อาการปวดและบวมหลังผ่าตัด, กระดูก เข้าฟันอักเสบ, การติดเชื้อที่ปลายรากฟัน, รากฟันเคลื่อนจากตำแหน่ง, รากฟันโผล่ ขึ้นมาในช่องปาก
ไม่รักษา	- ภาวะผาเหลงอักเสบ, ติดเชื้อลุกลาม ไปยังบริเวณอื่น, ฟันข้างเคียงผุ, ฟันซ้อนเก, ถุงน้ำหรือเนื้องอก

ข้อแนะนำก่อนการรักษา

1. รับประทานอาหารและยาตามปกติ หากไม่มีคำแนะนำอื่นจากแพทย์
2. แจ้งประวัติสุขภาพ, ประวัติใช้ยา และประวัติแพ้ยา และสารอื่น ให้ทันตแพทย์รับทราบ

ข้อแนะนำหลังการรักษา

1. กัดผ้าก๊อชให้แน่น 1-2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการพูดคุย
2. กลืนน้ำลายและเลือด ไม่บ้วนทิ้ง เพราะจะทำให้เลือดไม่หยุดไหล
3. หลังคายผ้าก๊อช หากยังมีเลือดไหลซึม ให้กัดผ้าก๊อชผืนใหม่ให้แน่น ต่ออีก 1 ชั่วโมง
4. ประคบเย็นบริเวณแก้มข้างที่ผ่าตัด ใน 1-2 วันแรก
5. ประคบอุ่นบริเวณแก้มข้างที่ผ่าตัด ในวันที่ 3 เป็นต้นไป จนอาการบวมลดลง
6. ไม่นำลิ้น, นิ้ว หรือวัตถุอื่น ไปเชยเคาะที่แผล และไม่ดูดแผลเล่น
7. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่
8. รับประทานยาตามที่ทันตแพทย์สั่งใช้
9. แปรงฟันตามปกติ โดยเพิ่มความระมัดระวังขณะแปรงฟันบริเวณใกล้แผล
10. มาตัดไหม ตามที่ทันตแพทย์นัด

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจ ข้อมูลการผ่าตัดฟันคุดและฟันฝังตามเอกสารนี้แล้ว

ลงชื่อ () ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง

.....

ผู้ปกครองเกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ () ทันตแพทย์

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ () พยาน

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ () พยาน

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ภาคผนวก 2

ตัวอย่างเอกสารแจ้งแผนการรักษาและค่าใช้จ่าย

ชื่อสถานพยาบาล..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
 ผู้ป่วย ชื่อ-สกุล..... อายุ..... HN.....

สิทธิการรักษา..... ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาและค่าใช้จ่าย จากทันตแพทย์เจ้าของไข้/
 ทันตแพทย์ผู้วางแผนการรักษา..... ดังนี้

1. การรักษา..... ตำแหน่ง..... ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....
 (เบิกได้..... เบิกไม่ได้.....) ทันตแพทย์ผู้รักษา.....
2. การรักษา..... ตำแหน่ง..... ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....
 (เบิกได้..... เบิกไม่ได้.....) ทันตแพทย์ผู้รักษา.....
3. การรักษา..... ตำแหน่ง..... ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....
 (เบิกได้..... เบิกไม่ได้.....) ทันตแพทย์ผู้รักษา.....
4. การรักษา..... ตำแหน่ง..... ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....
 (เบิกได้..... เบิกไม่ได้.....) ทันตแพทย์ผู้รักษา.....
5. การรักษา..... ตำแหน่ง..... ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....
 (เบิกได้..... เบิกไม่ได้.....) ทันตแพทย์ผู้รักษา.....

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจ แผนการรักษาและค่าใช้จ่ายทั้งหมด จากทันตแพทย์เจ้าของไข้/ทันตแพทย์ผู้วางแผน
 การรักษาแล้ว และได้รับแจ้งแล้วว่า หากเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา จะแจ้งให้ข้าพเจ้ารับทราบโดยไม่ล่าช้า

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม รับการรักษา

ลงชื่อ (.....) ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง ลงชื่อ (.....) พยาน

ผู้ปกครองเกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ (.....) ทันตแพทย์ ลงชื่อ (.....) พยาน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- หมายเหตุ
1. ค่าใช้จ่ายอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา หรือวัสดุที่ใช้
 2. ผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง

ST: SAFE TREATMENT

ให้การรักษาและสั่งใช้ยาอย่างปลอดภัย

ST: SAFE TREATMENT

ให้การรักษาและสั่งใช้ยาอย่างปลอดภัย

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
ST1 ให้การรักษาตามลำดับความรุนแรงด่วน ¹⁰	ST1.1 ให้การรักษาผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม (Emergency) เป็นลำดับแรก	✓	✓	✓
	ST1.2 มีระบบจัดการเร่งด่วน (Fast track) ¹¹ ให้แก่ผู้ป่วยภาวะเร่งด่วนทางทันตกรรม (Urgency)		✓	✓
ST2 ระบุตัวผู้ป่วย และตำแหน่งทำหัตถการ อย่างถูกต้อง ก่อนเริ่มการรักษา	ST2.1 เรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้ประกอบกัน ¹² และทวนสอบโดยผู้ให้การรักษาอีกครั้ง	✓	✓	✓
	ST2.2 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา โดยใช้วิธีระบุชี้ฟันอย่างน้อย 2 วิธีประกอบกัน ¹³	✓	✓	✓

¹⁰ ภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม (Emergency) คือ ภาวะเจ็บป่วยที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนที่ได้แก่ เลือดออกภายในช่องปากที่ควบคุมไม่ได้, การอักเสบติดเชื้อที่ทำให้เนื้อเยื่ออ่อนภายในหรือภายนอกช่องปากบวม จนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต และอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าหรืออาจขัดขวางการหายใจ

ภาวะเร่งด่วนทางทันตกรรม (Urgency) คือ ภาวะเจ็บป่วยที่ควรได้รับการรักษาโดยไม่ล่าช้า เช่น อาการปวดฟัน, อาการปวดฟันคุด, การมีหนองภายในหรือภายนอกช่องปาก, กระจกแก้วฟันอักเสบภายหลังถอนฟัน, อุบัติเหตุฟันหัก ฟันหลุด หรือฟันเคลื่อน, วัสดุอุดฟันชั่วคราวหลุดระหว่างการรักษาคอลงรากฟัน, ครอบฟันชั่วคราวหลุด, ฟันเทียมหัก หรือทำให้เกิดอาการเจ็บปวด, อุปกรณ์จัดฟันผิดปกติ ทำให้เนื้อเยื่ออ่อนบาดเจ็บ, การเตรียมช่องปากเพื่อการรักษาทางการแพทย์ที่ไม่อาจรอดได้ เช่น รักษาเมะเร็งศีรษะและลำคอ ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะปลูกถ่ายไขกระดูก เป็นต้น

งานทันตกรรมที่ไม่เร่งด่วน (Elective) คือ งานทันตกรรมที่สามารถรอเพื่อรับการรักษาได้ในระยะเวลาหนึ่ง เช่น ตรวจฟันและวางแผนการรักษา, รับการรักษาต่อเนื่องที่ไม่มีเหตุเร่งด่วน, ถอนฟันที่ไม่มีอาการ, อุดฟัน, ขูดหินน้ำลาย, ทำฟันเทียม, ทำครอบฟัน, ทำรากฟันเทียม, จัดฟัน, ทำงานทันตกรรมเพื่อความสวยงาม, ทำงานทันตกรรมป้องกัน เป็นต้น

¹¹ ระบบจัดการเร่งด่วน (Fast track) หมายถึงรวมถึง การตรวจประเมินเบื้องต้น, การจ่ายยา, การทำหัตถการเพื่อบรรเทาหรือแก้ไขอาการ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม โดยไม่ล่าช้า

¹² วิธีระบุตัวผู้ป่วย เพื่อเรียกเข้ารับการรักษา เช่น ถามชื่อ-สกุล ร่วมกับถามวันเดือนปีเกิด, ถามชื่อ-สกุล ร่วมกับคู่มือประชาชนหรือถามชื่อ-สกุล ร่วมกับวิธีอื่นตามบริบท ที่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ เป็นต้น

¹³ ตัวอย่างการระบุชี้ฟัน เพื่อส่งถอนฟันกรมแท่นขาซีทีหนึ่ง เช่น

- เขียนสัญลักษณ์ 16 ตามระบบ Two-digit notation ร่วมกับ 61 ตามระบบ Palmer notation หรือ
- เขียนสัญลักษณ์ 16 ตามระบบ Two-digit notation ร่วมกับทำเครื่องหมายบ่งชี้ที่ซี่ฟันบนภาพรังสี หรือ
- เขียนสัญลักษณ์ 16 ตามระบบ Two-digit notation ร่วมกับทำเครื่องหมายบ่งชี้ที่ซี่ฟันบนแบบจำลองฟัน

ทั้งนี้ การระบุชี้ฟันตามระบบ Two-digit notation หรือ Fédération Dentaire Internationale (FDI) notation หรือ ISO 3950 notation ไม่ใช่เครื่องหมาย # นำหน้าเลขซี่ฟัน

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	ST2.3 ระบุตำแหน่งหรือซี่ฟันที่จะรักษา ร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง ก่อนเริ่มการรักษาแต่ละครั้ง เช่น ซี่ฟันที่จะรักษาในช่องปาก ให้ผู้ป่วยดูผ่านกระจกเงา	✓	✓	✓
ST3 ประเมินสถานะของผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา	ST3.1 สำหรับการวัดความดันโลหิตและชีพจร (1) สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 13 ปีขึ้นไป - วัดความดันโลหิตและชีพจร ก่อนเริ่มการรักษาแต่ละครั้ง (2) สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 13 ปี และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ¹⁴ (i) ครั้งแรกที่มารับการรักษ ให้วัดความดันโลหิตและชีพจร เพื่อบันทึกเป็นข้อมูลเริ่มต้น และ (ii) ครั้งถัดไปที่มารับการรักษ ให้วัดความดันโลหิตและชีพจร ก่อนเริ่มการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด หรือความวิตกกังวล เช่น การฉีดยาชา หรือการถอนฟัน	✓*	✓*	✓*
	ST3.2 ชักประวัติสุขภาพ, ประวัติใช้ยา และประวัติแพ้ยา และสารอื่น ของผู้ป่วยทุกราย ก่อนเริ่มการรักษาแต่ละครั้ง	✓*	✓*	✓*
	ST3.3 ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์ และวางแผนการรักษาร่วมกัน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ¹⁵ ก่อนเริ่มการรักษา ในกรณีต่อไปนี้ (1) ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ และควบคุมโรคได้ไม่ดี หรือไม่ได้ อยู่ระหว่างรับการรักษาจากแพทย์	✓	✓	✓

¹⁴ สถานะที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ (1) โรคความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension), (2) โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) หรือ Structural renal abnormalities, (3) โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2, (4) การปลูกถ่ายอวัยวะ (Solid-organ transplant), (5) โรคอ้วน, (6) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive sleep apnea), (7) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่คอดรุนแรงที่ได้รับการรักษาแล้ว (Repaired aortic coarctation), (8) โรคทางพันธุกรรมที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง เช่น Neurofibromatosis Turner's syndrome Williams syndrome โรคหลอดเลือดแดงใหญ่คอดรุนแรง (Coarctation of the aorta), (9) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงแล้ว (Treated hypertensive patient) และ (10) ผู้ป่วยที่คลอดก่อนกำหนด

¹⁵ ดูตัวอย่างเอกสารขอคำปรึกษาทางการแพทย์ ที่ภาคผนวก 3

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	(2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องหยุดยา หรือปรับวิธีใช้ยาบางประเภท ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ¹⁶ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anti-coagulant drug), ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug), ยาที่เกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกขากรรไกรตายเนื่องจากยา (Medication-related osteonecrosis of the jaw, MRONJ) เป็นต้น			
ST4 ตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ	ST4.1 มีเครื่องเอกซเรย์ และอุปกรณ์ป้องกันรังสี ที่เหมาะสมต่อบริบทการรักษาของสถานพยาบาล	✓	✓	✓
	ST4.2 ถ่ายภาพรังสี อย่างเพียงพอ เพื่อใช้ประกอบการตรวจวินิจฉัย และประเมิน ตามมาตรฐานการรักษาทางทันตกรรมแต่ละสาขา ¹⁷	✓	✓	✓
	ST4.3 พิจารณาถ่ายภาพรังสีก่อนถอนฟัน ทุกครั้ง ทั้งนี้ หากมีข้อจำกัด ให้ถ่ายภาพรังสีก่อนถอนฟัน อย่างน้อยในกรณีต่อไปนี้ (1) ฟันกรามแท้ซี่ที่สาม (2) ก่อนแคะรากฟันเขี้ยวบน, ฟันกรามน้อยบน และฟันกรามบนที่รากฟันหัก เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับโพรงอากาศขากรรไกรบน (Maxillary sinus) (3) ฟันที่มีอาการทางคลินิก บ่งบอกถึงพยาธิสภาพ ที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังถอนฟัน เช่น เนื้องอก หรือมะเร็ง	✓	✓	✓
	ST4.4 ป้องกันเครื่องมือ หรือสิ่งแปลกปลอม ตกลงในคอ ขณะทำการรักษา โดยอาจใช้หลายวิธีประกอบกัน เช่น วางผ้าก๊อชรองบริเวณเหนือช่องคอ, ผูกไหมขัดฟันเข้ากับเครื่องมือที่มีขนาดเล็ก, ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย เป็นต้น	✓	✓	✓

¹⁶ ดูตัวอย่างยา ที่ภาคผนวก 5¹⁷ ดูแนวทางการถ่ายภาพรังสีประกอบการรักษาทางทันตกรรม ที่ภาคผนวก 6

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	ST4.5 สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น (1) มีระบบส่งต่อผู้ป่วย อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ¹⁸ และ (2) แนบหลักฐานที่จำเป็น เช่น ภาพรังสี, แบบจำลองฟัน, ชิ้นส่วนฟันที่ถูกถอน, เศษรากฟันที่หัก เป็นต้น	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
ST5 รักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉิน ในสถานพยาบาลที่มีความสามารถจัดการภาวะฉุกเฉิน	ST5.1 สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) ¹⁹ (1) ประเมินผู้ป่วยอย่างรอบคอบ ก่อนเริ่มการรักษา และ (2) มีทีมบุคลากรที่มีความสามารถจัดการภาวะฉุกเฉิน พร้อมให้การช่วยเหลือ อย่างทันที หากเกิดภาวะฉุกเฉิน	✓* ✓*	✓* ✓*	✓* ✓*
	ST5.2 ทบทวนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support) ²⁰ ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	✓*	✓*	✓*
	ST5.3 มีแนวทางปฏิบัติเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉิน อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	✓*	✓*	✓*
	ST5.4 มียา, เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน ²¹ ที่ได้รับการตรวจสอบ และบำรุงรักษา อย่างสม่ำเสมอ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน	✓*	✓*	✓*

¹⁸ ดูตัวอย่างเอกสารส่งต่อผู้ป่วย ที่ภาคผนวก 4

¹⁹ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) มีอาการสำคัญคือ เจ็บแน่นอกรุนแรงเฉียบพลัน, เจ็บแน่นอกขณะพัก นานมากกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นอกที่เกิดขึ้นใหม่หรือรุนแรงกว่าเดิม เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) หรือที่เรียกอีกชื่อว่า โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery disease) ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และแปลผล โดยเร่งด่วน

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น ระดับไขมันในโลหิตสูง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, โรคอ้วน, การสูบบุหรี่, พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary lifestyle) เป็นต้น

²⁰ อาจทบทวนโดยการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) สลับกับการอบรมพร้อมฝึกปฏิบัติ (Workshop) รูปแบบละปี

²¹ รายละเอียดตาม บันทึกรายการตรวจมาตรฐานคลินิกทันตกรรม ของกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
ST6 จัดการผู้ป่วยเด็ก ²² และผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการดูแลพิเศษ ²³ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา	ST6.1 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างมากต่อการรักษา - ควบคุมการเคลื่อนไหว (Protective stabilization) โดยใช้อุปกรณ์ห่อตัว เช่น Papoose Board, Pedi-Wrap หรือผ้าห่อตัวตามขนาดที่เหมาะสมต่อขนาดตัวผู้ป่วย	✓	✓	✓
	ST6.2 ขณะควบคุมการเคลื่อนไหวผู้ป่วย (1) สังเกตการหายใจของผู้ป่วยตลอดเวลา โดยอาจเปิดแผ่นส่วนนอก ของอุปกรณ์ห่อตัวผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สังเกตการหายใจได้ง่ายขึ้น และ (2) หยุดการรักษา และประเมินผู้ป่วย อย่างทันที เมื่อพบความผิดปกติ	✓	✓	✓
ST7 จัดการผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความต้องการดูแลพิเศษ ²⁴ ได้อย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา	ST7.1 ประเมินสุขภาพองค์รวม, โรคทางระบบ, ยาที่ใช้, ภาวะเปราะบาง และภาวะพึ่งพิง ก่อนเริ่มการรักษา โดยอาจขอคำปรึกษา และวางแผนการรักษาร่วมกับวิชาชีพอื่น	✓	✓	✓
	ST7.2 ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ²⁵ และวางแผนทางป้องกันการหกล้ม ให้สอดคล้องกับผลการประเมิน	✓	✓	✓
	ST7.3 สำหรับผู้ป่วยที่ลุก และเคลื่อนย้ายตัวได้ลำบาก - ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง โดยอาจใช้อุปกรณ์เสริม	✓	✓	✓

²² ผู้ป่วยเด็ก คือ ผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์

²³ ผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เช่น ผู้พิการ, ผู้บกพร่องทางสติปัญญา, ผู้ป่วยดาวน์ซินโดรม, ผู้ป่วยออทิสติก, ผู้ป่วยจิตเวชบางประเภท เป็นต้น

²⁴ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความต้องการพิเศษ เช่น ผู้พิการ, ผู้บกพร่องทางสติปัญญา, ผู้ป่วยดาวน์ซินโดรม, ผู้ป่วยออทิสติก, ผู้ป่วยจิตเวชบางประเภท, ผู้ป่วยพาร์กินสัน, ผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia), ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง (Frail elder) เป็นต้น

²⁵ การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม อย่างเบื้องต้น ทำได้โดยซักประวัติต่อไปนี้ (1) มีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา, (2) มีปัญหาการเดินและการทรงตัว เช่น เดินสะดุดบนพื้นราบ หรือเดินข้างลง และ (3) กลัวการหกล้ม

ผู้ป่วยที่มีประวัติข้างต้น อย่างน้อย 1 รายการ อาจมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

หากผู้ป่วยมีความเสี่ยง ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม เพิ่มเติม เช่น สภาวะร่างกาย, โรคทางระบบ, ยาที่ใช้ และสภาวะจิตใจ

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	ST7.4 สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างมากต่อการรักษา ²⁶ - ส่งปรึกษาแพทย์ เพื่อประเมินสถานะของผู้ป่วย และเตรียมผู้ป่วยให้อยู่ในสถานะที่ทันตแพทย์สามารถทำการรักษาได้ เช่น รับประทานยาระงับประสาท (Oral sedation) หรือดมยาสลบ (General anesthesia)			✓
	ST7.5 สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสำลัก (Aspiration) ²⁷ (1) ปรับพนักพิงหลังของยูนิททันตกรรม ให้ทำมุม 30-60 องศาจากแนวระดับ ไม่ให้ผู้ป่วยนอนราบ และ (2) จัดท่านั่งของผู้ป่วยให้เหมาะสม และใช้หมอนรองที่ท้ายทอย (Cervical pillow) เพื่อลดความเสี่ยงต่อน้ำและสิ่งแปลกปลอมตกลงในคอ และ (3) ใช้ Pulse oximeter วัดระดับความเข้มข้นของออกซิเจนขณะทำการรักษา เพื่อประเมินภาวะสำลักที่อาจเกิดขึ้น	✓	✓	✓ ✓ ✓
ST8 สิ่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีระบบจัดการด้านยาที่ปลอดภัยรองรับ	ST8.1 มีบัญชียาของสถานพยาบาล ที่ข้อมูลเป็นปัจจุบัน และผู้ให้การรักษาเข้าถึงได้ง่าย	✓	✓	✓
	ST8.2 มีระบบแสดงชื่อยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ ให้ผู้ให้การรักษาเห็นได้อย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ ²⁸ หรือการแพ้ยากลุ่มเดียวกัน ²⁹	✓	✓	✓

²⁶ พยายามหลีกเลี่ยงการบังคับควบคุมการเคลื่อนไหว (Physical restraint) เช่น การมัดแขนผู้ป่วย

²⁷ การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะสำลัก อย่างเบื้องต้น ทำได้โดยซักประวัติต่อไปนี้ (1) ไอหรือสำลักเมื่อดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร, (2) ใช้เวลารับประทานอาหารนานขึ้นกว่าปกติ, (3) เปลี่ยนรูปแบบของอาหารที่รับประทาน และ (4) เสียงพูดเปลี่ยนไปหลังดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร

ผู้ป่วยที่มีประวัติข้างต้น อย่างน้อย 1 รายการ อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะสำลัก

²⁸ การแพ้ยาซ้ำ เกิดจากยาที่มีชื่อสามัญเดียวกับยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ และมีอาการแสดงเหมือนกันเมื่อแพ้

²⁹ การแพ้ยากลุ่มเดียวกัน เกิดจากยาที่มีโครงสร้างคล้ายกับยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ และมีอาการแสดงเหมือนกันเมื่อแพ้

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	ST8.3 มีระบบตรวจสอบประวัติของผู้ป่วย และรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ ก่อนสั่งใช้ยารายการใหม่ เพื่อป้องกันการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมต่อสถานะของผู้ป่วย ³⁰ , ผิดขนาด, ซ้ำซ้อน หรือมีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interaction)		✓	✓
	ST8.4 สั่งใช้ยาตามหลักการใช้อย่างสมเหตุผล ³¹		✓	✓
	ST8.5 ใช้ฉลากบรรจุยาที่อ่านเข้าใจได้ง่าย และมีข้อมูลสำคัญครบถ้วน ³² ตามที่กฎหมายกำหนด	✓	✓	✓
	ST8.6 ตรวจสอบความถูกต้องของยา และอธิบายวิธีใช้ยาให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าใจ ก่อนส่งมอบยา	✓	✓	✓

³⁰ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการสั่งใช้ยา เช่น เด็ก, ผู้สูงอายุ, หญิงมีครรภ์, มารดาในระยะให้นมบุตร, ผู้ป่วยโรคตับ, ผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น

³¹ การใช้อย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดการด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมต่อข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดต่อทั้งตัวผู้ป่วยและสังคม

³² ข้อมูลบนสำคัญบนฉลากยา ประกอบด้วย (1) ชื่อสถานพยาบาล และหมายเลขโทรศัพท์ หรือช่องทางการติดต่อ, (2) ชื่อ-สกุลผู้ป่วย, เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย (HN) โดยสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอาจไม่ระบุ HN ก็ได้ และวันเดือนปีที่จ่ายยา, (3) ชื่อยา โดยให้ระบุชื่อสามัญทางยาเป็นภาษาไทย, (4) รูปแบบของยา, ความแรงของยา และจำนวนที่จ่าย, (5) วิธีการใช้, (6) ข้อบ่งใช้ หรือสรรพคุณ, (7) คำเตือน, ข้อควรระวัง หรือข้อห้ามใช้ ซึ่งผู้ให้การรักษาเห็นว่ามีความสำคัญ อย่างน้อย 1 ประการ, (8) วันหมดอายุ เว้นแต่ผลิตภัณฑ์บรรจุยาได้ระบุวันหมดอายุไว้

รายละเอียดตาม ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565

ภาคผนวก 3

ตัวอย่างเอกสารขอคำปรึกษาทางการแพทย์

เลขที่...../

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

จาก.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ถึง.....

ความเร่งด่วน.....

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วย ชื่อ-สกุล..... เพศ..... อายุ.....

HN..... มาเพื่อขอคำปรึกษาทางการแพทย์ ประกอบการวางแผนการรักษาทางทันตกรรม

1. ประวัติผู้ป่วย และผลการตรวจวินิจฉัย.....

.....

.....

2. แผนการรักษาทางทันตกรรมที่จะให้.....

.....

.....

3. ประเด็นปรึกษา.....

.....

.....

โปรดตอบกลับในเอกสารด้านล่าง
แล้วส่งเอกสารทั้งฉบับ พร้อมผู้ป่วยกลับมา
เพื่อรับการรักษาทางทันตกรรมต่อไป

ลงชื่อ ()

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เอกสารตอบกลับการปรึกษาทางการแพทย์

1. ประวัติผู้ป่วย และผลการตรวจวินิจฉัย.....

.....

.....

2. ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะทางการแพทย์.....

.....

.....

3. กรณีปรึกษาเรื่องปรับวิธีใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่

☐ ให้หยุดยา..... ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... เริ่มยาอีกครั้งวันที่.....

☐ ไม่จำเป็นต้องหยุดยา..... เหตุผล.....

☐ อื่น ๆ.....

ลงชื่อ ()

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ภาคผนวก 4

ตัวอย่างเอกสารส่งต่อผู้ป่วย

เลขที่...../ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

จาก..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ถึง.....

พร้อมหนังสือนี้ ขอส่งผู้ป่วย ชื่อ-สกุล..... เพศ.....

อายุ..... HN..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... หมายเลขบัตรประชาชน.....

มาเพื่อ ☐ รับการรักษา ☐ ตรวจเพิ่มเติม ☐ อื่น ๆ.....

1. ประวัติการป่วยในอดีต และประวัติครอบครัว.....

.....

.....

2. ประวัติการป่วยปัจจุบัน และผลการตรวจร่างกาย.....

.....

.....

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจด้วยภาพรังสี.....

.....

.....

4. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

5. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว.....

.....

.....

6. สาเหตุที่ส่ง.....

.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย.....

8. รายละเอียดอื่น ๆ.....

ลงชื่อ ()

.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ภาคผนวก 5

ตัวอย่างยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug)

กลุ่ม	ชื่อสามัญ	ตัวอย่างชื่อการค้า	วิธีบริหารยา	ข้อบ่งใช้
Vitamin K antagonists	Warfarin	Coumadin Jantoven	PO	DVT, PE, AF, MI, Cardiac valve replacement
	Phenindione	Dindevan Pindione	PO	
	Acenocoumarol	Sinthrome Sintrom Syncumar	PO	
Unfractionated heparin (UFH)	Heparin	Heparin	IV	DVT, PE, AF, ACS, PCI, Arterial/cardiac surgery, Hemodialysis procedure, Blood transfusion
Low molecular weight heparins (LMWHs)	Enoxaparin	Lovenox Xaparin Clexane	SQ	DVT, PE, ACS
	Dalteparin	Fragmin	SQ	
	Tinzaparin	Innohep	SQ	
Heparin-related	Fondaparinux	Arixtra	IV, SQ	DVT, PE, ACS
Direct-acting oral anticoagulants (DOACs)	Apixaban	Eliquis	PO	DVT, PE, AF
	Dabigatran	Pradaxa Prazaxa	PO	
	Rivaroxaban	Xarelto	PO	
	Edoxaban	Savaysa Lixiana Roteas	PO	

ตัวอย่างยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet drug)

กลุ่ม	ชื่อสามัญ	ตัวอย่างชื่อการค้า	วิธีบริหารยา	ข้อบ่งใช้
Antiplatelets	Aspirin	Aspilets Bayer	PO	ACS, MI, PCI, PAD, Ischemic stroke, TIA, Cardiac valve replacement
	Clopidogrel	Plavix Apolets Grepid	PO	
	Ticlopidine	Ticlid	PO	
	Prasugrel	Effient Prasita	PO	
	Ticagrelor	Brilinta Possia Brilique	PO	
	Cilostazol	Pletal	PO	
	Dipyridamole	Persantine	PO	
	Dipyridamole + Aspirin	Aggrenox Asasantin	PO	
	Eptifibatide	Integrilin	IV	
	Abciximab	ReoPro	IV	

ตัวอย่างยาที่เกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกขากรรไกรตายเนื่องจากยา (MRONJ)

กลุ่ม	ชื่อสามัญ	ตัวอย่างชื่อการค้า	วิธีบริหารยา	ข้อบ่งใช้
Bisphosphonates	Alendronate	Fosamax Binosto Fosavance	PO	Osteoporosis, Paget's disease, Bone metastasis (โดยเฉพาะจาก Breast cancer), Prostate cancer, Multiple myeloma, Hypercalcemia of malignancy
	Risedronate	Actonel Atelvia	PO	
	Ibandronate	Boniva Bonviva Bondronat Iasibon Quodixor	PO, IV	
	Zoledronate	Reclast Zometa	IV	
	Pamidronate	Aredia	IV	
	Clodronate	Bonefos Clasteon Loron	PO, IV	
	Etidronate	Didronel	PO	
	Tiludronate	Skelid	PO	
RANKL Inhibitors	Denosumab	Prolia Xgeva	SQ	Osteoporosis, Bone metastasis (โดยเฉพาะจาก Breast cancer), Multiple myeloma, Giant cell tumour of bone, Hypercalcemia of malignancy
Sclerostin inhibitors	Romosozumab	Evenity	SQ	Osteoporosis

กลุ่ม	ชื่อสามัญ	ตัวอย่างชื่อการค้า	วิธีบริหารยา	ข้อบ่งใช้
Anti-angiogenics	Sunitinib	Sutent	PO	GIST, pNET,
	Sorafenib	Nexavar	PO	Renal cell carcinoma,
	Pazopanib	Votrient	PO	Hepatocellular carcinoma,
	Bevacizumab	Avastin	IV	Colorectal tumour,
	Aflibercept	Zaltrap	IV	Thyroid carcinoma, Soft tissue sarcoma, Metastatic cancer
	Sirolimus (Rapamycin)	Rapamune	PO	Renal transplant rejection, Lymphangi leiomyomatosis

คำย่อ PO = per oral

IV = Intravenous

SQ = Subcutaneous

DVT = Deep vein thrombosis

PE = Pulmonary embolism

AF = Atrial fibrillation

MI = Myocardial infarction

ACS = Acute coronary syndrome

PCI = Percutaneous coronary intervention

PAD = Peripheral arterial disease

TIA = Transient ischemic attack

MRONJ = Medication-related osteonecrosis of the jaw

GIST = Gastrointestinal stromal tumour

pNET = Pancreatic neuroendocrine tumour

* ข้อมูลเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ควรติดตามและตรวจสอบจากหลักฐานวิชาการที่เป็นปัจจุบันประกอบด้วย

ภาคผนวก 6

แนวทางการถ่ายภาพรังสีประกอบการรักษาทางทันตกรรม

การรักษาทางทันตกรรม	แนวทางการถ่ายภาพรังสี
การผ่าตัดฟันคุดและฟันฝัง	ถ่ายภาพรังสีก่อนทำการผ่าตัดทุกครั้ง
การรักษาคลองรากฟัน	ถ่ายภาพรังสีอย่างน้อยใน 3 ขั้นตอนต่อไปนี้ (1) Original film (2) LT film หรือ TMC film (3) Final film

SI: SAFE INFECTION CONTROL

ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน

SI: SAFE INFECTION CONTROL

ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน³³

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
SI1 ทำความสะอาดมือได้อย่างถูกต้อง	SI1.1 ล้างมือให้สะอาด ด้วยสารทำความสะอาดมือ อย่างถูกวิธี ³⁴	✓ *	✓ *	✓ *
	SI1.2 แยกก๊อกน้ำและอ่างน้ำสำหรับล้างมือ ออกจากก๊อกน้ำและอ่างน้ำสำหรับล้างเครื่องมือ	✓	✓	✓
	SI1.3 ใช้ก๊อกน้ำล้างมือที่ควบคุมการเปิด-ปิดได้ โดยไม่ใช้มือสัมผัส ³⁵	✓	✓	✓
SI2 ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment)	SI2.1 เลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ตามความเหมาะสมต่องาน ³⁶	✓	✓	✓
	SI2.2 สวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ตามลำดับที่เหมาะสม ³⁷ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนไปยังร่างกายและพื้นผิวอื่น	✓	✓	✓
SI3 ดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจและสร้างสุขนิสัยการไอจาม	SI3.1 มีป้ายแนะนำการปฏิบัติตัว ให้ปิดปากและจมูก อย่างถูกวิธี ขณะไอหรือจาม แสดงในบริเวณที่สังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน	✓	✓	✓
	SI3.2 จัดวางกระดาษทิชชู, ถังขยะ และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทำความสะอาดมือ เช่น เจลแอลกอฮอล์ล้างมือที่มีความเข้มข้น 70-90% ในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่าย ³⁸		✓	✓

³³ สนับสนุนให้สถานพยาบาล กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการติดเชื้อภายในสถานพยาบาล ให้ชัดเจน

ดูรายละเอียดมาตรการควบคุมการติดเชื้อ ที่ภาคผนวก 7

³⁴ ไม่ควรไว้เล็บยาว, สวมเล็บปลอม หรือสวมเครื่องประดับที่นิ้วหรือข้อมือ ขณะทำหัตถการ เพราะอาจขัดขวางการล้างมืออย่างถูกวิธี และอาจทำให้ถุงมือขาดทะลุได้ง่าย

ดูขั้นตอนการล้างมือ ที่ภาคผนวก 8

³⁵ ก๊อกน้ำดังกล่าว เช่น ก๊อกน้ำระบบเซนเซอร์, ก๊อกน้ำที่เปิด-ปิดด้วยเท้าหรือเท้า, ก๊อกน้ำแบบก้านปิดยาวที่เปิด-ปิดได้ด้วยข้อศอก เป็นต้น

³⁶ ดูแนวทางการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ที่ภาคผนวก 9

³⁷ ดูขั้นตอนการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และขั้นตอนการสวมและถอดหน้ากาก N95 ที่ภาคผนวก 10

³⁸ นอกจากนี้ อาจช่วยจัดหาหน้ากากอนามัย ให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ามาในสถานพยาบาล และมีอาการที่บ่งบอกถึงโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจด้วย

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	SI3.3 มีระบบคัดกรอง เพื่อแยกผู้ป่วยที่อาจมีโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ ³⁹	✓	✓	✓
SI4 ฉีดยาอย่างปลอดภัย	SI4.1 ไม่ส่งเข็มฉีดยาที่อยู่นอกปลอกเข็มให้แกกัน ในลักษณะส่ง-รับแบบมือต่อมือ ⁴⁰	✓	✓	✓
	SI4.2 สวมเข็มฉีดยาที่อยู่นอกปลอกเข็ม กลับเข้าปลอกเข็ม โดยใช้มือข้างเดียว (One-handed recapping technique) จนเสร็จสิ้นขั้นตอน	✓	✓	✓
	SI4.3 ไม่นำเข็มฉีดยา และหลอดยาชา กลับมาใช้ซ้ำ หลังการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย	✓	✓	✓
SI5 จัดเตรียมเครื่องมือรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ⁴¹	SI5.1 นำเครื่องมือที่ใช้ซ้ำได้ ไปทำความสะอาด แล้วทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) หรือฆ่าเชื้อ (Disinfection) หลังใช้งานในผู้ป่วยแต่ละราย	✓	✓	✓
	SI5.2 สำหรับด้ามกรอฟัน ⁴² - ทำความสะอาดตามคู่มือการใช้งาน และทำให้ปราศจากเชื้อโดยใช้ Autoclave (Steam sterilization) เท่านั้น หลังใช้งานในผู้ป่วยแต่ละราย	✓	✓	✓

³⁹ หากผู้ป่วยมีประวัติสุขภาพ หรืออาการที่บ่งบอกถึงโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ ที่อาจแพร่กระจายได้ง่าย เช่น วัณโรคระยะแสดงอาการ, โรคหัด, โรคไข้หวัดใหญ่, โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome, MERS), โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19) เป็นต้น

- ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ โดยไม่ล่าช้า แต่หากไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ในทันที ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย และจัดให้ผู้ป่วยนั่งห่างจากผู้อื่น อย่างน้อย 3 ฟุต (ประมาณ 1 เมตร)

- หากผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม อาจพิจารณาเลื่อนการรักษาทางทันตกรรมออกไป ตามความเหมาะสม โดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางการแพทย์

⁴⁰ นอกจากนี้ อาจใช้เครื่องมือช่วยถ่างรังเนื้อเยื่อ แทนการใช้นิ้วมือถ่างรัง ขณะฉีดยาชา เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เข็มจะทิ่มตำนิ้วมือ

⁴¹ เครื่องมือรักษาผู้ป่วย แบ่งเป็น เครื่องมือที่หากปนเปื้อนจะก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับสูงต่อการติดเชื้อ (Critical item), เครื่องมือที่หากปนเปื้อนจะก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับปานกลางต่อการติดเชื้อ (Semi-critical item) และเครื่องมือที่หากปนเปื้อนจะก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับต่ำต่อการติดเชื้อ (Non-critical item)

ดูรายละเอียดการทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) และการฆ่าเชื้อ (Disinfection) ที่ภาคผนวก 11

ดูรายละเอียดการจัดเตรียมเครื่องมือรักษาผู้ป่วย ที่ภาคผนวก 12

⁴² ด้ามกรอฟัน เป็นเครื่องมือที่หากปนเปื้อนจะก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับปานกลางต่อการติดเชื้อ ระบบภายในของด้ามกรอฟันมีโอกาสสะสมสิ่งปนเปื้อนจากช่องปากผู้ป่วยขณะใช้งาน และสิ่งปนเปื้อนเหล่านี้อาจถูกฉีดยาออกมาขณะใช้งานในช่องปากผู้ป่วยรายถัดไป การทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยการเช็ดที่พื้นผิวภายนอกของด้ามกรอฟันเพียงอย่างเดียว จึงไม่เพียงพอ

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	SI5.3 พิจารณาใช้เครื่องมือชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (Disposable) ⁴³ ในกรณีต่อไปนี้ (1) เครื่องมือที่ทำความสะอาดได้ยาก (2) เครื่องมือที่ไม่สามารถทำให้ปราศจากเชื้อ หรือฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาเคมี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	✓	✓	✓
	SI5.4 บรรจุห่อ เครื่องมือที่ทำความสะอาดแล้ว ก่อนทำให้ปราศจากเชื้อ โดย (1) มีตัวบ่งชี้ทางเคมี กำกับบนห่อเครื่องมือทุกห่อ และ (2) มีมาตรการกำหนดการคงสภาพปราศจากเชื้อ ของเครื่องมือในห่อ โดยเลือกใช้หลักการ Event-related shelf life หรือ Date-related shelf life	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓
	SI5.5 จัดเก็บห่อเครื่องมือที่ทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว เรียงตามลำดับวันที่ทำให้ปราศจากเชื้อ ภายในพื้นที่เฉพาะ โดยไม่ปะปนกับเครื่องมืออื่น	✓	✓	✓
	SI5.6 แยกบริเวณจัดเตรียมเครื่องมือ ออกจากบริเวณที่ทำการรักษา	✓	✓	✓
	SI5.7 ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ ด้วยตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ เช่น Spore test (1) สำหรับเครื่องมือทันตกรรม - ทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (2) สำหรับวัสดุ Implant ⁴⁴ - ทำทุกครั้งที่ส่งเข้ากระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓

⁴³ เครื่องมือดังกล่าว เช่น หลอดดูดน้ำลายพลาสติก, กระจกฉีดยาพลาสติก, พู่กัน, Polishing and finishing discs เป็นต้น

⁴⁴ วัสดุ Implant ในบริบทนี้ หมายถึง วัสดุที่ถูกฝังเข้าไปในร่างกาย เช่น Mini-screw, Bone tack, Reconstruction plate เป็นต้น แต่ไม่รวมถึงวัสดุรากฟันเทียมส่วนทันตกรรมประดิษฐ์ และเครื่องมือสำหรับฝังรากฟันเทียม

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
SI6 จัดการผ้าในคลินิก ⁴⁵ ได้อย่างเหมาะสม	SI6.1 นำผ้าที่ใช้ซ้ำได้ ไปทำความสะอาด หลังใช้งานแต่ละครั้ง แม้ผ้านั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรง ⁴⁶	✓	✓	✓
	SI6.2 จัดเก็บผ้าที่ทำความสะอาดแล้ว ในบริเวณที่ไม่อับชื้น และอยู่ห่างจากสิ่งสกปรก	✓	✓	✓
SI7 ดูแลพื้นผิวในคลินิก (Environmental surface) ⁴⁷ ได้อย่างเหมาะสม	SI7.1 ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวในคลินิก หลังการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย หรือตามความถี่ที่เหมาะสม	✓	✓	✓
SI8 ดูแลระบบน้ำของユニットทันตกรรม ให้สะอาด	SI8.1 ดูแลคุณภาพน้ำ ภายในท่อนำระบบน้ำดี ของユニットทันตกรรม อย่างสม่ำเสมอ ⁴⁸	✓	✓	✓
	SI8.2 ดูแลความสะอาด ภายในท่อนำระบบน้ำเสีย ของユニットทันตกรรม อย่างสม่ำเสมอ ⁴⁹	✓	✓	✓
	SI8.3 ใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อ หรือน้ำกลั่นปราศจากเชื้อ ฉีดหล่อหรือนิ๊ดล้าง ขณะทำงานศัลยกรรม	✓	✓	✓

⁴⁵ ผ้าในคลินิก เช่น เสื้อกาวน์, ชุดสครับ, ผ้าเจาะกลาง, ผ้าห่อเครื่องมือ เป็นต้น

⁴⁶ วิธีทำความสะอาดผ้าในคลินิก

- ผ้าที่ปนเปื้อนไม่มาก ให้ซักตามปกติ
- ผ้าที่ปนเปื้อนมาก เช่น ปนเปื้อนด้วยเลือดปริมาณมาก ให้แช่ผ้าใน 0.5% Sodium hypochlorite นาน 10 นาที แล้วนำไปซักตามปกติ หรือให้ซักด้วยโปรแกรมฆ่าเชื้อ ในเครื่องซักผ้ารุ่นที่สามารถทำได้

ทั้งนี้ ต้องตรวจสอบว่าไม่มีเครื่องมือ, เศษวัสดุ, เศษฟัน หรือวัตถุอื่น ติดอยู่บนผ้าที่ใช้งานแล้ว ก่อนนำไปทำความสะอาด

⁴⁷ พื้นผิวในคลินิก (Environmental surface) แบ่งเป็น พื้นผิวที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Clinical contact surface) และพื้นผิวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Housekeeping surface)

ดูรายละเอียดการทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) และการฆ่าเชื้อ (Disinfection) ที่ภาคผนวก 11

ดูรายละเอียดการดูแลพื้นผิวในคลินิก (Environmental surface) ที่ภาคผนวก 14

⁴⁸ ดูรายละเอียดการดูแลคุณภาพน้ำของユニットทันตกรรม ที่ภาคผนวก 15

⁴⁹ วิธีดูแลความสะอาด ภายในท่อนำระบบน้ำเสีย ของユニットทันตกรรม ได้แก่ ภายในสายของระบบดูดน้ำลาย และระบบดูดกำลังสูง (High-volume evacuator) และภายในท่อของอ่างน้ำบ้วนปาก ให้ดูดน้ำปริมาณมากเข้าสู่ระบบดูด และเทน้ำปริมาณมากลงอ่างน้ำบ้วนปาก หลังการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย และอาจทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาดชนิด Enzyme เพื่อลดกลิ่นและคราบสกปรก หลังเสร็จการปฏิบัติงานแต่ละวัน

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
SI9 ควบคุมการปนเปื้อนขณะทำการรักษา	SI9.1 ควบคุมละอองฝอยปนเปื้อน ตั้งแต่แหล่งกำเนิด โดยใช้หลายวิธีประกอบกัน เมื่อทำหัตถการที่มีละอองฝอยฟุ้งกระจาย เช่น ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย ร่วมกับใช้ระบบดูดกำลังสูง หรือใช้หลอดดูดน้ำลาย ดูดน้ำลายในช่องปาก ร่วมกับใช้หลอดดูดกำลังสูง ดูดละอองฝอยจากช่องปาก ⁵⁰	✓	✓	✓
	SI9.2 หลีกเลียงการกระทำ ที่ทำให้น้ำลายจากระบบดูดน้ำลาย ไหลย้อนกลับเข้าช่องปากผู้ป่วย เช่น ไม่ให้ผู้ป่วยดูด หรือ ปิดริมฝีปากแน่น รอบหัวของหลอดดูดน้ำลาย และไม่ยกสายของระบบดูดน้ำลายขึ้นสูง ในลักษณะเทลงช่องปากผู้ป่วย	✓	✓	✓
SI10 ควบคุมการติดเชื้อในการถ่ายภาพรังสี	SI10.1 สำหรับฟิล์มเอกซเรย์ ⁵¹ (1) ก่อนถ่ายภาพรังสีแต่ละครั้ง - นำฟิล์มใส่ในซองกันเปื้อน หรือหุ้มด้วยวัสดุกันเปื้อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนจากเลือดและน้ำลาย	✓	✓	✓
	(2) หลังถ่ายภาพรังสีแต่ละครั้ง - นำฟิล์มออกจากซองกันเปื้อน หรือวัสดุกันเปื้อน อย่างระมัดระวัง ไม่ให้สัมผัสโดนสิ่งปนเปื้อนภายนอก แล้ววางในภาชนะที่สะอาด ทั้งนี้ หากฟิล์มมีโอกาสสัมผัสโดนสิ่งปนเปื้อนภายนอก ให้ฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับปานกลาง ที่ช่องกันเปื้อน หรือวัสดุกันเปื้อน ก่อนนำฟิล์มออกมา	✓	✓	✓
SI11 ควบคุมการติดเชื้อในงานแล็บทันตกรรม ⁵²	SI11.1 สำหรับแบบพิมพ์ฟัน - ล้างทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับปานกลาง แล้วล้างด้วยน้ำอีกครั้ง หลังนำออกจากช่องปากผู้ป่วย อย่างทันที	✓	✓	✓

⁵⁰ นอกจากนี้ อาจให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากกระบังเชื้อ เป็นเวลา 30-60 วินาที ก่อนเริ่มการรักษา ร่วมด้วย ดูตัวอย่างน้ำยาบ้วนปากกระบังเชื้อก่อนทำหัตถการ ที่ภาคผนวก 16

⁵¹ ฟิล์มเอกซเรย์ ในบริบทนี้ หมายถึง Conventional film และ Photostimulable phosphor (PSP) imaging plate

⁵² ดูตัวอย่างน้ำยาฆ่าเชื้อในงานแล็บทันตกรรม ที่ภาคผนวก 17

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	SI11.2 สำหรับขั้นตอนทันตกรรม - ล้างทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ประสิทธิภาพระดับปานกลาง แล้วล้างด้วยน้ำอีกครั้ง ก่อนเริ่ม การรักษา และหลังเสร็จการรักษา อย่างทันที	✓	✓	✓
	SI11.3 สำหรับขั้นตอนที่นำออกมากรอแต่งภายนอกช่องปาก (1) กรอแต่งภายในช่องที่มิดชิด เพื่อป้องกันเศษฝุ่นฟุ้ง กระจาย หรือ (2) กรอแต่งร่วมกับการใช้เครื่องดูดละอองฝอยภายนอก ช่องปาก (Extraoral suction)			✓
SI12 ดูแลคุณภาพอากาศภายใน คลินิกทันตกรรม ⁵³	SI12.1 จัดการระบบระบายอากาศ (Ventilation system) เพื่อให้บริเวณที่ทำการรักษา มีอัตราการเปลี่ยนอากาศ (Air change rate) ที่เหมาะสม (1) สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการ แพร่กระจายโรคติดต่อของทางเดินหายใจ - มีอัตราการเปลี่ยนอากาศ ไม่น้อยกว่า 3 ACH (Air changes per hour) (2) สำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย โรคติดต่อของทางเดินหายใจ (i) ให้การรักษาในห้องรักษาเดี่ยว (ใน 1 ห้อง มียูนิต ทันตกรรม 1 ยูนิต) และ (ii) มีอัตราการเปลี่ยนอากาศ ไม่น้อยกว่า 12 ACH และ (iii) เว้นระยะเวลาให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละราย หลังทำ หัตถการที่มีละอองฝอยฟุ้งกระจาย อย่างน้อย 10-15 นาที ทั้งนี้ ทิศทางการไหลของอากาศ ภายในบริเวณที่ทำการรักษา ต้องไหลจากบริเวณที่สะอาด ไปยังบริเวณที่สกปรก แล้วออก นอกบริเวณที่ทำการรักษา	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓

⁵³ ดูรายละเอียดการจัดการจัดการระบบระบายอากาศในคลินิกทันตกรรม ที่ภาคผนวก 18

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	SI12.2 มีแผนการตรวจสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือระบบระบายอากาศ ตามความถี่ที่เหมาะสม		✓	✓
SI13 จัดการขยะได้อย่างปลอดภัย	SI13.1 มีถังขยะทั่วไป และถังขยะติดเชื้อ ที่เปิด-ปิดฝาถังได้ โดยไม่ใช้มือสัมผัส	✓	✓	✓
	SI13.2 จัดการขยะแต่ละชนิด ตามแนวทางที่กฎหมายกำหนด ⁵⁴	✓	✓	✓
SI14 จัดการน้ำเสียก่อนระบายทิ้ง	SI14.1 สำหรับสถานพยาบาลที่มีลักษณะตามกฎหมายกำหนด ⁵⁵ - มีระบบบำบัดน้ำเสีย ที่มีประสิทธิภาพควบคุมการระบายน้ำทิ้ง ให้เป็นไปตามมาตรฐาน			✓
SI15 จัดเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อม ต่อการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมการติดเชื้อ	SI15.1 มีจำนวนผู้ช่วยงานทันตกรรม ต่อ ผู้ให้การรักษาทางทันตกรรม ในสัดส่วน ผู้ช่วยงานทันตกรรมอย่างน้อย 1 คน ต่อ ผู้ให้การรักษาทางทันตกรรม 1 คน ⁵⁶		✓	✓
	SI15.2 ให้ความรู้ หรืออบรมพร้อมฝึกปฏิบัติ การควบคุมการติดเชื้อทางทันตกรรม ให้บุคลากรทุกราย ตามบริบทการปฏิบัติงาน ตั้งแต่แรกเข้าปฏิบัติงาน และทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓

⁵⁴ รายละเอียดตาม กฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560, กฎกระทรวง ว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎกระทรวง การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563

ดูรายละเอียดการจัดการขยะ ที่ภาคผนวก 19

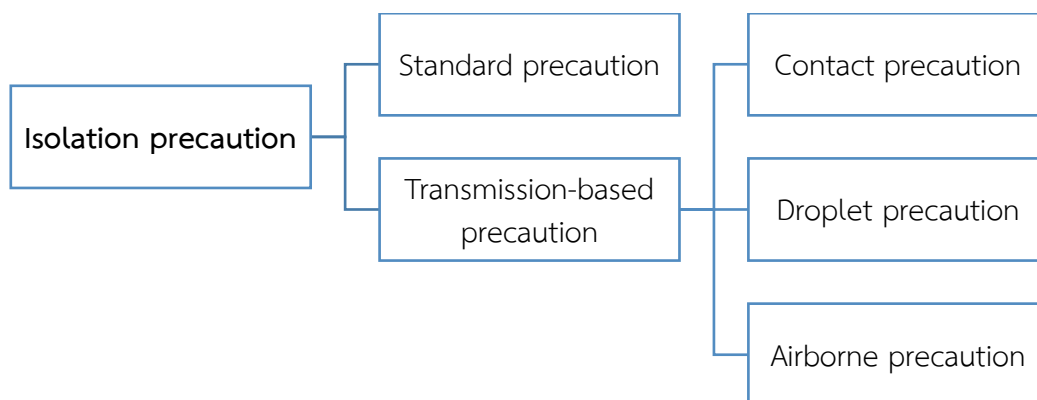
⁵⁵ สถานพยาบาลดังกล่าว เช่น โรงพยาบาลของทางราชการและรัฐวิสาหกิจ และสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ที่มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รวมกันทุกชั้นของอาคารหรือกลุ่มของอาคาร ตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไป

รายละเอียดตาม ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด พ.ศ. 2548

⁵⁶ หากมีผู้ช่วยงานทันตกรรมมากกว่า 1 คน ต่อ ผู้ให้การรักษาทางทันตกรรม 1 คน จะทำให้กระบวนการรักษาทางทันตกรรมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ภาคผนวก 7

มาตรการควบคุมการติดเชื้อ



Standard precaution

- เป็นมาตรการพื้นฐานที่ใช้ควบคุมการติดเชื้อทางทันตกรรม เพื่อป้องกันผู้ป่วยและบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน พัฒนามาจากมาตรการ Universal precautions และ Body substance isolation
- มีหลักการคือ ให้ปฏิบัติงานและควบคุมการติดเชื้อ เสมือนว่า เลือด, น้ำลาย, สารคัดหลั่ง (ยกเว้นเหงื่อ), เยื่อเมือก และผิวหนังที่มีบาดแผลหรือรอยถลอก (Non-intact skin) ของผู้ป่วยทุกราย อาจเป็นสิ่งติดเชื้อ
- สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ติดต่อทางเลือด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- นำมาใช้ปฏิบัติในงานทันตกรรมทุกงาน ต่อผู้ป่วยทันตกรรมทุกราย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม
- ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ, การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล, การดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ และสร้างสุขนิสัยการไอจาม, การฉีดยาอย่างปลอดภัย, การจัดเตรียมเครื่องมือรักษาผู้ป่วย, การดูแลพื้นผิวในคลินิก และการจัดการขยะและสิ่งมีคมอย่างเหมาะสม

Transmission-based precaution

- เป็นมาตรการที่นำมาใช้เพิ่มเติม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- แบ่งเป็น 3 ประเภท ตามช่องทางการแพร่กระจายเชื้อ คือ Contact precaution, Droplet precaution และ Airborne precaution
- นำมาใช้ปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วยทันตกรรมที่สงสัยหรือยืนยันว่าติดเชื้อ ที่ติดต่อทางการสัมผัส, ทางละอองฝอย หรือทางอากาศ ซึ่งมาตรการ Standard precaution อย่างเดียว ไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผ่านช่องทางเหล่านี้ได้
- จำเป็นต้องใช้ร่วมกับมาตรการ Standard precaution เสมอ โดยจะเรียกรวมกันว่ามาตรการ **Isolation precaution** และหากเชือนั้นสามารถแพร่กระจายได้หลายช่องทาง ก็จำเป็นต้องใช้มาตรการ Transmission-based precaution มากกว่า 1 ประเภทมาประกอบกัน
- ควรนำมาใช้ในระยะเวลาที่จำกัด เช่น เฉพาะระยะที่แสดงอาการเจ็บป่วย หรือระยะที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้

ประเภท	วัตถุประสงค์	ตัวอย่างวิธีการ
Contact precaution	ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ติดต่อทางการสัมผัส	- ทำการรักษา โดยเว้นระยะห่างจากผู้ป่วยรายอื่นอย่างน้อย 3 ฟุต (ประมาณ 1 เมตร) - สวมถุงมือ และเสื้อกาวน์ ขณะทำการรักษา
Droplet precaution	ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ติดต่อทางละอองฝอยหรือหยดน้ำที่ฟุ้งกระจายออกมา	- ทำการรักษา โดยเว้นระยะห่างจากผู้ป่วยรายอื่นอย่างน้อย 3 ฟุต (ประมาณ 1 เมตร) และมีฉากกั้น - สวมหน้ากากอนามัย ขณะทำการรักษา
Airborne precaution	ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ติดต่อทางอากาศ	- ทำการรักษาในห้องรักษาเดี่ยว ที่มีระบบระบายอากาศที่เหมาะสม - สวมหน้ากาก N95 ขณะทำการรักษา โดยสวมก่อนเข้าในห้อง และถอดทันทีหลังออกจากห้อง - ให้การรักษาทางทันตกรรม เฉพาะเมื่อมีภาวะฉุกเฉินหรือเมื่อมีความจำเป็น

ตัวอย่างการใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อต่อโรคติดเชื้อต่าง ๆ

โรคติดเชื้อ	Standard precaution	Contact precaution	Droplet precaution	Airborne precaution
โรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	✓			
โรคติดเชื้อ HIV	✓			
โรคหัด	✓			✓
โรคเริม	✓	✓		
โรคอีสุกอีใส	✓	✓		✓
โรคไขหวัดใหญ่	✓			✓
วัณโรคปอด	✓			✓
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	✓			✓
โรคฝีดาษวานร (Monkeypox)	✓	✓	✓	

ภาคผนวก 8

ขั้นตอนการล้างมือ

ล้างมือ ในกรณีต่อไปนี้	1. เมื่อมือสกปรก 2. ก่อนสวมถุงมือ และหลังถอดถุงมือ อย่างทันที (ไม่ล้างมือในขณะที่สวมถุงมือ) 3. ก่อนรักษา และหลังรักษา ผู้ป่วยแต่ละราย 4. เมื่อใช้มือเปลาสัมผัสพื้นผิวที่อาจปนเปื้อนด้วยเลือด, น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย * ล้างมือเป็นเวลาอย่างน้อย 20 วินาที
สารทำความสะอาดมือ ที่เลือกใช้	1. หากมือสกปรกอย่างเห็นได้ชัดเจน - ล้างมือด้วยน้ำ และสบู่ที่มีฤทธิ์ระงับเชื้อ 2. หากมือสกปรกไม่มาก 2.1 ล้างมือด้วยน้ำ และสบู่ที่มีฤทธิ์ระงับเชื้อ หรือ 2.2 ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ล้างมือที่มีความเข้มข้น 70-90% * สบู่ที่มีฤทธิ์ระงับเชื้อ เช่น 2%-4% Chlorhexidine gluconate, Iodophore



ภาคผนวก 9

แนวทางการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

งาน	ถุงมือคัลยกรรม	ถุงมือตรวจโรค	ถุงมืองานบ้าน	หน้ากาก N95 หรือที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่า	หน้ากากอนามัย	เฟซชีลด์/แว่นป้องกัน	หมวกคลุมผม	เสื้อกาวน์	ชุดกันเปื้อนแขนยาว	รองเท้าบูต
ประชาสัมพันธ์ เวชระเบียน การเงิน					✓					
คัดกรอง					✓					
ถ่ายภาพรังสี		✓			✓	✓	✓	✓		
ตรวจช่องปาก		✓			✓	✓	✓	✓		
ทำหัตถการทันตกรรมที่ไม่ฟุ้งกระจาย		✓		✓		✓	✓	✓		
ทำหัตถการทันตกรรมที่ฟุ้งกระจาย		✓		✓		✓	✓	✓		
ทำหัตถการศัลยกรรม	✓			✓		✓	✓	✓		
ขนย้ายผ้า/เครื่องมือที่ปนเปื้อน			✓		✓		✓		✓	
ขนย้ายขยะติดเชื้อ			✓		✓		✓		✓	✓
จัดการผ้าที่ปนเปื้อน			✓		✓		✓		✓	
จัดการเครื่องมือที่ปนเปื้อน			✓		✓	✓	✓		✓ กันน้ำ	✓
ทำความสะอาด เช่น ภูพื้น			✓		✓		✓		✓	
ทำความสะอาดห้องน้ำ			✓		✓		✓		✓	✓

อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	แนวทางการใช้
ถุงมือ	- เลือกใช้ถุงมือที่เหมาะสมต่อการรักษา - งานศัลยกรรม ใช้ถุงมือศัลยกรรมชนิดปราศจากเชื้อ (Sterile surgical gloves) ที่มีความหนาเหมาะสม - งานอื่น ๆ รวมถึงงานถอนฟันที่ไม่ยาก พิจารณาใช้ถุงมือตรวจโรค (Medical examination gloves) - ใช้ถุงมือครั้งเดียวแล้วทิ้ง โดยเปลี่ยนถุงมือ หลังการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย หรือเมื่อมีรอยขาดทะลุ - ไม่นำถุงมือที่ถอดแล้ว กลับมาสวมซ้ำ แม้เป็นการรักษาผู้ป่วยรายเดิม - ไม่สวมถุงมือไปสัมผัสพื้นผิวอื่น ที่อยู่นอกพื้นที่ทำการหัตถการ (Clinical operation field) ระหว่างการรักษา แต่หากมีการสัมผัส ให้เปลี่ยนถุงมือ แล้วทำความสะอาด และฆ่าเชื้อพื้นผิวนั้นด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับปานกลาง - ไม่สวมถุงมือที่ใช้ขณะทำการหัตถการ ออกนอกบริเวณที่ทำการรักษา
หน้ากาก	- เลือกใช้หน้ากากที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผ่านละอองฝอยและผ่านอากาศ (Droplet and airborne transmission) เช่น หน้ากาก N95, หน้ากาก FFP2, หน้ากาก KN95, หน้ากากอนามัยที่แนบสนิทกับใบหน้า (Sealed surgical mask) เป็นต้น - ทดสอบความแนบกระชับของหน้ากาก (Seal check) ทุกครั้งที่สวม - สวมหน้ากากตลอดเวลาทำการรักษา - เปลี่ยนหน้ากาก หลังเสร็จการปฏิบัติงานแต่ละคาบ หรือเมื่อมีการปนเปื้อนที่มองเห็นได้ - หากจำเป็นต้องนำหน้ากาก N95 กลับมาใช้ซ้ำ ให้นำหน้ากาก N95 ที่ใช้งานแล้ว ไปฆ่าเชื้ออย่างเหมาะสม ก่อนนำกลับมาใช้งานอีกครั้ง ทั้งนี้ ไม่ควรสวม-ถอดหน้ากาก N95 ซ้ำเกิน 5 รอบ
เฟซชีลด์ (Face shield) และแว่นป้องกัน (Protective eyewear)	- ใช้เฟซชีลด์หรือแว่นป้องกัน ร่วมกับหน้ากากที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผ่านละอองฝอยและผ่านอากาศ ตลอดเวลาทำการรักษา - ทำความสะอาดเฟซชีลด์หรือแว่นป้องกัน โดย - หากมีการปนเปื้อนไม่มาก ให้ล้างทำความสะอาดด้วยน้ำ และสบู่ หลังเสร็จการปฏิบัติงานแต่ละคาบ - หากมีการปนเปื้อนที่มองเห็นได้ ให้ล้างทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับปานกลาง หลังการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย - ไม่สวมเฟซชีลด์หรือแว่นป้องกัน ที่ใช้ขณะทำการหัตถการ ออกนอกบริเวณที่ทำการรักษา

อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล	แนวทางการใช้
เสื้อกาวัน	1. ใช้เสื้อกาวันที่มีแขนยาว, ปลายแขนเสื้อรัดรอบข้อมือ, คอเสื้อปิด และหลีกเลี่ยงการมีเข็มขัดหรือกระเป๋ที่เสื้อกาวัน เพราะเป็นแหล่งสะสมสิ่งปนเปื้อนได้ง่าย 2. สวมเสื้อกาวันคลุมทับเสื้อผ้าที่สวมอยู่ และสวมถุงมือให้ขอบของถุงมือคลุมรอบปลายแขนเสื้อกาวัน 3. เปลี่ยนเสื้อกาวัน หลังเสร็จการปฏิบัติงานแต่ละคาบ หรือเมื่อมีการปนเปื้อนที่มองเห็นได้ 4. ไม่สวมเสื้อกาวันออกนอกบริเวณที่ทำการรักษา

ภาคผนวก 10

ขั้นตอนการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล⁵⁷

ขั้นตอนการสวม	ขั้นตอนการถอด
1. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ที่มีฤทธิ์ระงับเชื้อ หรือด้วยเจลแอลกอฮอล์ล้างมือที่มีความเข้มข้น 70-90% 2. สวมเสื้อกาวน์ 3. สวมหน้ากาก N95 หรือหน้ากากที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่า แล้วทดสอบความแนบกระชับของหน้ากาก (Seal check) (4. สวมหมวกคลุมผม) 5. สวมเฟซชิลด์ หรือแว่นป้องกัน 6. สวมถุงมือ	1. ถอดถุงมือ - ตามหลักการ Aseptic technique - ระวังการปนเปื้อนไปยังมือเปล่า และพื้นผิวอื่น - ถอดแล้วทิ้งในถังขยะติดเชื้อ 2. ถอดเฟซชิลด์ หรือแว่นป้องกัน - ใช้มือเปล่าจับที่แถบรัดศีรษะ หรือที่ขาเกี่ยวแว่น - ถอดแล้ววางในบริเวณที่กำหนด เพื่อทำความสะอาด (3. ถอดหมวกคลุมผม) - ใช้มือเปล่าจับที่ฝั่งด้านหลังศีรษะ - ถอดแล้วทิ้งในถังขยะติดเชื้อ) 4. ถอดเสื้อกาวน์ - ใช้มือเปล่าปลดสายรัด แล้วจับที่ด้านในของเสื้อกาวน์ - ถอดโดยม้วนให้ด้านในของเสื้อกาวน์ออกมาอยู่ภายนอก - วางในภาชนะรองรับผ้าที่ใช้งานแล้ว 5. ถอดหน้ากาก N95 หรือหน้ากากที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่า - ถอดทันทีหลังจากออกจากบริเวณที่ทำการรักษา - ทิ้งในถังขยะติดเชื้อ 6. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ที่มีฤทธิ์ระงับเชื้อ หรือด้วยเจลแอลกอฮอล์ล้างมือที่มีความเข้มข้น 70-90%

* ล้างมือระหว่างขั้นตอนการถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล หากมือเปล่าสัมผัสโดนสิ่งปนเปื้อน

⁵⁷ ดูภาพประกอบตาม Sequence for Putting On Personal Protective Equipment (PPE) and How to Safely Remove Personal Protective Equipment (PPE), เข้าถึงได้จาก: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppe-sequence.pdf>

ขั้นตอนการสวมและถอดหน้ากาก N95⁵⁸

ขั้นตอนการสวม	ขั้นตอนการถอด
- ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ที่มีฤทธิ์ระงับเชื้อ หรือด้วยเจลแอลกอฮอล์ล้างมือที่มีความเข้มข้น 70-90% - สอดมือเข้าไประหว่างหน้ากาก N95 และสายรัดศีรษะ ให้ด้านนอกของหน้ากาก N95 อยู่บนฝ่ามือ และสายรัดศีรษะห้อยอยู่ด้านล่างของหลังมือ - นำหน้ากาก N95 มาประกบที่ใบหน้า ให้คลุมจมูกและปาก - ดึงสายรัดศีรษะเส้นล่าง ข้ามศีรษะ ไปไว้ด้านหลัง - ดึงสายรัดศีรษะเส้นบน ข้ามศีรษะ ไปไว้เหนือหู - กดโครงลวดให้แนบสันจมูก - ทดสอบความแนบกระชับ (Seal check) โดยใช้มือ 2 ข้างโอบรอบหน้ากาก แล้วหายใจเข้า และหายใจออก ตรวจสอบว่ามีอากาศรั่วไหลที่ขอบหน้ากาก N95 หรือไม่ ทั้งนี้ หากมีอากาศรั่วไหล ให้ปรับตำแหน่งของหน้ากาก N95 และสายรัดใหม่ จากนั้นทดสอบความแนบกระชับอีกครั้ง	- ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ที่มีฤทธิ์ระงับเชื้อ หรือด้วยเจลแอลกอฮอล์ล้างมือที่มีความเข้มข้น 70-90% - ก้มหน้าลง - ใช้มือ 2 ข้างจับสายรัดศีรษะเส้นล่าง ดึงออกด้านข้าง แล้วดึงข้ามศีรษะออกมา - ใช้มือ 2 ข้างจับสายรัดศีรษะเส้นบน ดึงออกด้านข้าง แล้วดึงข้ามศีรษะออกมา - ทิ้งหน้ากาก N95 ในถังขยะติดเชื้อ - ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ที่มีฤทธิ์ระงับเชื้อ หรือด้วยเจลแอลกอฮอล์ล้างมือที่มีความเข้มข้น 70-90%

* ระวังไม่ให้มือเปล่าสัมผัสโดนด้านนอกของหน้ากาก N95 ระหว่างขั้นตอนการถอด

⁵⁸ ดูภาพประกอบตาม

- Donning PPE: Put on N95 Respirator, เข้าถึงได้จาก: https://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/ppe-training/n95respirator_gown/donning_09.html

- Doffing PPE: Remove the N95 Respirator, เข้าถึงได้จาก: https://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/ppe-training/n95respirator_gown/doffing_17.html

ภาคผนวก 11

การทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) และการฆ่าเชื้อ (Disinfection)

กระบวนการ	ผลลัพธ์	วิธีการ	ตัวอย่างสาร/ตัวอย่างวิธี	การใช้งานทางทันตกรรม	
				ชนิดเครื่องมือ	ชนิดพื้นผิว
ทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization)	ทำลายจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมถึง Spore ของแบคทีเรีย	ใช้ความร้อน	- อุณหภูมิสูง - ไอน้ำ (Steam) - Dry heat - Unsaturated chemical vapour	- Critical item ที่ทนต่อความร้อน - Semi-critical item ที่ทนต่อความร้อน	ไม่สามารถทำได้
			- อุณหภูมิต่ำ - Ethylene oxide gas - Hydrogen peroxide gas plasma	- Critical item ที่ไม่ทนต่อความร้อน - Semi-critical item ที่ไม่ทนต่อความร้อน	
		แช่ในน้ำยาตามระยะเวลาที่ผลิตภัณฑ์ระบุ	- Chemical sterilant/ High-level disinfectant - Glutaraldehyde - Glutaraldehyde with phenol - Ortho-phthalaldehyde - Hydrogen peroxide - Peracetic acid		
ฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับสูง (High-level disinfection)	ทำลายจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมถึง Spore ของแบคทีเรียส่วนใหญ่	แช่ในน้ำยาตามระยะเวลาที่ผลิตภัณฑ์ระบุ	Chemical sterilant/ High-level disinfectant	Semi-critical item ที่ไม่ทนต่อความร้อน	ไม่สามารถทำได้

กระบวนการ	ผลลัพธ์	วิธีการ	ตัวอย่างสาร/ตัวอย่างวิธี	การใช้งานทางทันตกรรม	
				ชนิดเครื่องมือ	ชนิดพื้นผิว
ฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ประสิทธิภาพระดับ ปานกลาง (Intermediate-level disinfection)	ทำลายจุลินทรีย์ทุกชนิด รวมถึงเชื้อวัณโรค แต่ไม่สามารถทำลาย Spore ของแบคทีเรีย	ให้สัมผัส กับน้ำยา	- Intermediate-level disinfectant - Iodophor - Chlorine compound - Combined phenol - Alcohol - QAC with alcohol - ผลิตภัณฑ์ที่ระบุ EPA hospital disinfectant with tuberculocidal claim	Non-critical item ที่ปนเปื้อนด้วยเลือด หรือสิ่งติดเชื้อ	- Clinical contact surface - Housekeeping surface ที่ปนเปื้อนด้วยเลือด หรือสิ่งติดเชื้อ
ฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ประสิทธิภาพระดับต่ำ (Low-level disinfection)	ทำลายจุลินทรีย์บางชนิด ไม่สามารถทำลายเชื้อวัณโรค, เชื้อรา และไวรัสขนาดเล็ก ที่ไม่มีเปลือกหุ้ม	ให้สัมผัส กับน้ำยา	- Low-level disinfectant - QAC - Simple phenol - สารชะล้าง/สารลดแรงตึงผิว (Detergent) - ผลิตภัณฑ์ที่ระบุ EPA hospital disinfectant⁵⁹ - ผลิตภัณฑ์ที่ระบุว่าทำลายเชื้อ HIV หรือ HBV ได้ แต่ไม่ระบุว่าทำลายเชื้อวัณโรคได้	Non-critical item ที่ไม่ปนเปื้อนด้วยเลือด หรือสิ่งติดเชื้อ	Housekeeping surface

⁵⁹ ผลิตภัณฑ์ที่ระบุ EPA hospital disinfectant ต้องผ่านการทดสอบว่า สามารถฆ่าเชื้อ *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* และ *Salmonella choleraesuis*

คำย่อ QAC = Quaternary ammonium compound

EPA = United States Environmental Protection Agency

HIV = Human immunodeficiency virus

HBV = Hepatitis B virus

หมายเหตุ

1. Chemical sterilant และ High-level disinfectant เป็นสารชนิดเดียวกัน

เมื่อนำมาใช้แช่เครื่องมือในสถานะที่เหมือนกัน แต่ใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน จะจัดเป็นกระบวนการที่แตกต่างกัน

กระบวนการ	ระยะเวลาแช่เครื่องมือ
ทำให้ปราศจากเชื้อ	ประมาณ 12 ชั่วโมง*
ฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับสูง	ประมาณ 12-90 นาที*

* ต้องแช่เครื่องมือในน้ำยา ตามระยะเวลาที่ผลิตภัณฑ์ระบุ จึงทำลาย Spore ของแบคทีเรียได้

- การฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับสูง มีประสิทธิภาพไม่เทียบเท่า การทำให้ปราศจากเชื้อด้วยน้ำยาเคมี (Chemical sterilization)

ทั้งนี้ ไม่นิยมนำเครื่องมือมาทำให้ปราศจากเชื้อด้วยน้ำยาเคมี เพราะต้องใช้เวลานานมาก

2. ไม่ใช้ Glutaraldehyde เป็นน้ำยาฆ่าเชื้อพื้นผิว เพราะ

- Glutaraldehyde เป็นสารมีพิษ ก่อให้เกิดอาการระคายเคืองได้รุนแรง เป็นอันตรายต่อผู้ใช้งาน โดยเฉพาะผู้ที่ต้องใช้งานอย่างต่อเนื่อง

3. ไม่ใช้แอลกอฮอล์เป็นน้ำยาฆ่าเชื้อเครื่องมือ และน้ำยาฆ่าเชื้อพื้นผิว เพราะ

- แอลกอฮอล์จะทำปฏิกิริยากับโปรตีนในเลือดและน้ำลาย ทำให้จับตัวเป็นก้อนบนพื้นผิว ป้องกันเชื้อที่อยู่ภายในไม่ให้ถูกทำลายด้วยแอลกอฮอล์

- แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูง จะระเหยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้มีระยะเวลาสัมผัสเชื้อสั้นมาก ส่งผลให้มีอำนาจการทำลายเชื้อที่จำกัด

ภาคผนวก 12

การจัดเตรียมเครื่องมือรักษาผู้ป่วย

การทำให้ปราศจากเชื้อ และการฆ่าเชื้อ

ชนิดเครื่องมือ	ตัวอย่างเครื่องมือ	กระบวนการที่ใช้
เครื่องมือที่หากปนเปื้อนจะก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับสูงต่อการติดเชื้อ (Critical item)	เครื่องมือที่ใช้เจาะผ่านเนื้อเยื่อ หรือกระดูก เช่น เครื่องมือสัลยกรรม, เครื่องมือปริทันต์, หัวกรอฟัน (Dental bur) ที่ใช้กรอตัด เป็นต้น	- ทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ
เครื่องมือที่หากปนเปื้อนจะก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับปานกลางต่อการติดเชื้อ (Semi-critical item)	เครื่องมือที่สัมผัสโดนเยื่อบุช่องปาก หรือผิวหนังที่มีบาดแผลหรือรอยถลอก เช่น เครื่องมืออุดฟัน, เครื่องมือจัดฟัน, Mouth mirror, แก้วน้ำที่ใช้ในงานสัลยกรรม, Air/water syringe tip, Impression tray, ด้ามกรอฟัน (Dental handpiece), หัวกรอฟันที่ใช้ กรอขัด, Film-holding and positioning device เป็นต้น	- ทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ ทั้งนี้ หากไม่สามารถทำได้ ให้ทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับสูง
	เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ เฉพาะชิ้นส่วนที่ไม่สามารถทำให้ปราศจากเชื้อ หรือฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับสูง เช่น เครื่องฉายแสง, เครื่องวัดความมีชีวิตของฟัน, เครื่องวัดความยาวรากฟัน, เครื่องเลเซอร์ทางทันตกรรม, Intraoral camera, Charge-coupled device (CCD) image sensor, Complementary metal oxide semiconductor (CMOS) image sensor, แท่นกัดของเครื่องเอกซเรย์ภายนอกช่องปาก เป็นต้น	- ทำความสะอาด และฆ่าเชื้อ เช่นเดียวกับ พื้นผิวที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Clinical contact surface)
เครื่องมือที่หากปนเปื้อนจะก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับต่ำต่อการติดเชื้อ (Non-critical item)	เครื่องมือที่สัมผัสโดนผิวหนังปกติเท่านั้น และไม่ได้สัมผัสโดนเยื่อบุช่องปาก เช่น ปลอกแขนของเครื่องวัดความดันโลหิต, Pulse oximeter, Papoose board เป็นต้น	- ทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาด หรือ - ทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพระดับต่ำ

การบรรจุห่อ

1. ตรวจสอบความสะอาดของเครื่องมือ ก่อนบรรจุห่อ
2. สำหรับเครื่องมือที่มีข้อหมุน (Hinged instruments) เช่น กรรไกรตัดไหม, Needle holder, Mouth gag เป็นต้น ให้กางเครื่องมือออก และคลายล็อก ก่อนบรรจุห่อ
3. สำหรับเครื่องมือที่มีปลายแหลมคม เช่น Sickel, Periodontal curette, กรรไกรตัดไหม เป็นต้น ให้หุ้มปลายที่แหลมคมนั้น ก่อนบรรจุห่อ เพื่อป้องกันปลายเครื่องมือแทงทะลุห่อเครื่องมือ
4. บรรจุเครื่องมือภายในซอง Sterilization pouch หรือภาชนะที่มีวัสดุห่อหุ้ม ที่สามารถรักษาสภาพปราศจากเชื้อไว้ได้ ทั้งนี้ ไม่แนะนำให้นำซอง Sterilization pouch ที่ผ่านการใช้งานแล้ว กลับมาใช้งานซ้ำ
5. มีตัวบ่งชี้ทางเคมี⁶⁰ ที่ใช้ตรวจสอบว่า ห่อเครื่องมือได้ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว เช่น Process indicator หรือ Steam indicator tape (Autoclave tape) ภายนอกห่อเครื่องมือทุกห่อ
ทั้งนี้ หากใช้ซอง Sterilization pouch ชนิดมี Type I indicator ที่ด้านนอกของซองแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องติด Process indicator อื่นที่ซองนั้นอีก
6. มีตัวบ่งชี้ทางเคมีที่ใช้ตรวจสอบว่า กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อได้ผ่านวัสดุห่อหุ้ม เข้าไปถึงเครื่องมือที่อยู่ภายในห่อเครื่องมือ เช่น Integrating indicator ภายในห่อเครื่องมือศัลยกรรมทุกห่อ
7. มีมาตรการกำหนดการคงสภาพปราศจากเชื้อ ของเครื่องมือในห่อ กำกับบนห่อเครื่องมือทุกห่อ โดยเลือกใช้หลักการ Event-related shelf life หรือ Date-related shelf life

การคงสภาพปราศจากเชื้อ	วิธีระบุระยะเวลา
7.1 Event-related shelf life เครื่องมือภายในห่อ จะคงสภาพปราศจากเชื้อ จนกว่าห่อเครื่องมือมีสภาพชำรุด	ระบุวันที่ทำให้ปราศจากเชื้อ
7.2 Date-related shelf life เครื่องมือภายในห่อ จะคงสภาพปราศจากเชื้อ จนกว่าถึงวันสิ้นสภาพปราศจากเชื้อ	ระบุวันที่สิ้นสภาพปราศจากเชื้อ โดย - ห่อผ้า หรือห่อ Non-woven material ให้กำหนดวันที่สิ้นสภาพปราศจากเชื้อ ไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ทำให้ปราศจากเชื้อ - ซอง Sterilization pouch ให้กำหนดวันที่สิ้นสภาพปราศจากเชื้อ ไม่เกิน 12 เดือน นับจากวันที่ทำให้ปราศจากเชื้อ ทั้งนี้ อาจกำหนดระยะเวลาให้สั้นกว่านี้ได้ โดยพิจารณาตามบริบทของบริเวณที่จัดเก็บเครื่องมือ

8. หากมีเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อจำนวนหลายเครื่อง ให้ระบุหมายเลขเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อที่ใช้ กำกับบนห่อเครื่องมือทุกห่อ

⁶⁰ ดูรายละเอียดตัวบ่งชี้ทางเคมีสำหรับกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ที่ภาคผนวก 13

การจัดเก็บและหีบใช้

1. จัดเก็บห่อเครื่องมือที่ทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว ภายในพื้นที่เฉพาะ โดยไม่ปะปนกับเครื่องมืออื่น เช่น ภายในตู้ที่มิดชิด หรือบนชั้นวางภายในห้องแยก

ทั้งนี้ พื้นที่ดังกล่าวควรไม่แออัด, ไม่ร้อนจนเกินไป, ไม่อยู่ใต้อ่างน้ำ หรือใกล้บริเวณที่อาจเปียกชื้นได้ง่าย และอยู่ห่างจากพื้นห้อง 8-10 นิ้ว (ประมาณ 20-25 เซนติเมตร)

2. จัดเรียงห่อเครื่องมือตามลำดับวันที่ทำให้ปราศจากเชื้อ และหีบใช้ห่อเครื่องมือตามลำดับการจัดเรียง ในลักษณะเข้าก่อน-ออกก่อน (First in, First out)

3. ตรวจสอบห่อเครื่องมือก่อนหีบใช้ หากห่อเครื่องมือมีสภาพเปียกชื้น, มีรอยขาดทะลุ หรือมีสภาพเสียหาย ให้นำเครื่องมือออกจากห่อ มาทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ อีกครั้ง

การจัดบริเวณจัดเตรียมเครื่องมือ

1. กำหนดบริเวณจัดเตรียมเครื่องมือกลาง (Central processing area) เพียงแห่งเดียว ในสถานพยาบาล

ทั้งนี้ หากไม่สามารถทำได้ ต้องมีมาตรการควบคุมคุณภาพ บริเวณจัดเตรียมเครื่องมือแต่ละแห่ง ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

2. แยกบริเวณจัดเตรียมเครื่องมือ ออกจากบริเวณที่ทำการรักษา

3. แยกพื้นที่ของเครื่องมือที่ยังไม่ได้ล้างทำความสะอาด ออกจากพื้นที่ของเครื่องมือที่ล้างทำความสะอาดแล้ว

ทั้งนี้ หากมีพื้นที่จำกัด อาจใช้ผนังหรือฉากกั้นแยกออกจากกัน

4. จัดเรียงพื้นที่จัดเตรียมเครื่องมือแต่ละขั้นตอน ให้ต่อเนื่องกันเป็นทางเดียว ตามลำดับ คือ

4.1 พื้นที่รับเครื่องมือสกปรก และล้างทำความสะอาดเครื่องมือ

4.2 พื้นที่บรรจุห่อเครื่องมือ

4.3 พื้นที่ของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ

4.4 พื้นที่จัดเก็บเครื่องมือที่ทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว

ภาคผนวก 13

ตัวบ่งชี้ทางเคมีสำหรับกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ

ประเภท	การใช้งาน		ตัวอย่าง
Type 1 Process indicator	ใช้ตรวจสอบว่า ห่อเครื่องมือได้ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ จนถึงระดับที่กำหนด		- Steam indicator tape (Autoclave tape) - ซอง Sterilization pouch ชนิด มี Type I indicator ที่ด้านนอกของซอง (External indicator)
Type 2 Indicator for use in specific test	ใช้สำหรับการตรวจสอบที่จำเพาะ ในกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ เช่น ตรวจสอบการกำจัดอากาศ ออกจากเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ		- Bowie-Dick Test
Type 3 Single variable indicator	ใส่ภายในห่อเครื่องมือ ใช้ตรวจสอบว่า เครื่องมือที่อยู่ภายในห่อเครื่องมือ ได้สัมผัสสภาวะกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ จนถึงระดับที่กำหนด โดยการตรวจสอบตัวแปรสำคัญของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ เช่น เวลา, อุณหภูมิ, ไอน้ำ เป็นต้น	ตรวจสอบตัวแปรสำคัญของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ 1 ตัวแปร	- Temperature-sensitive pellet
Type 4 Multi-variable indicator		ตรวจสอบตัวแปรสำคัญของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป	- Sterilization control tube - ซอง Sterilization pouch ชนิด มี Type 4 indicator ที่ด้านในของซอง (Internal indicator)
Type 5 Integrating indicator		ตรวจสอบตัวแปรสำคัญของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ทุกตัวแปร	- Steam chemical integrator strip
Type 6 Emulating indicator		ตรวจสอบตัวแปรสำคัญของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ทุกตัวแปร ภายใต้ Sterilization cycle ที่กำหนด (Cycle verification indicator)	- Steam emulating indicator strip

ภาคผนวก 14

การดูแลพื้นผิวในคลินิก (Environmental surface)⁶¹

ชนิดพื้นผิว	ตัวอย่างพื้นผิว	วิธีการดูแล
พื้นผิวที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Clinical contact surface)	พื้นผิวที่มีโอกาสปนเปื้อนได้ง่าย ด้วยเลือด, น้ำลาย หรือสิ่งติดเชื้อ ขณะทำการรักษา โดยอาจเกิดจากสิ่งปนเปื้อนที่กระเด็นออกมา โดยตรงขณะทำการหัตถการ หรือจากการสัมผัสด้วยถุงมือที่ปนเปื้อน เช่น ด้ามปรับตำแหน่งไฟ แผงควบคุม และพนักพิงศีรษะของยูนิท ทันตกรรม, ภายนอกสาย ส่วนจับ และแท่นวาง ของด้ามกรอฟัน เครื่องดูดหินปูน Air/water syringe ระบบดูดน้ำลาย และระบบดูด กำลังสูง, เครื่องฟอกสีฟันที่ใช้ภายนอกช่องปาก, กระบอก หัวส่ง แขนยึด ปุ่มกด และแผงควบคุมของเครื่องเอกซเรย์ภายในช่องปาก, เสื้อตะกั่วป้องกันรังสี, ปลอกคอตะกั่วป้องกันรังสี, บริเวณอื่นที่เกิดการ ปนเปื้อนระหว่างการรักษา เป็นต้น	- ใช้วัสดุกันเปื้อนคลุมพื้นผิว และถอดเปลี่ยน หลังการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย หรือ - ทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ประสิทธิภาพระดับปานกลาง โดยการเช็ด 2 ครั้ง ตามหลักการ Clean and kill หลังการ รักษาผู้ป่วยแต่ละราย หรือ - ใช้ทั้ง 2 วิธีประกอบกัน หากเป็นไปได้
พื้นผิวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Housekeeping surface)	พื้นผิวอื่น ซึ่งมีโอกาสปนเปื้อนได้น้อย เช่น พื้นห้อง, กำแพง, อ่างล้างมือ, พื้นผิวโต๊ะ, เบ้นพิมพ์และเมาส์ของ คอมพิวเตอร์, โทรศัพท์, มือจับลิ้นชัก, มือจับประตู, ปากกา เป็นต้น	- ทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาด ตามความถี่ที่เหมาะสม หรือ - ทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ประสิทธิภาพระดับต่ำ ตามความถี่ที่เหมาะสม
พื้นผิวในคลินิก ที่ปนเปื้อนด้วย เลือด หรือสิ่งติดเชื้อ	ทั้งกรณี พื้นผิวที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และพื้นผิวที่ไม่เกี่ยวข้อง กับการรักษา	- ทำความสะอาด และฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ประสิทธิภาพระดับปานกลาง เช่น 0.5% Sodium hypochlorite โดยเร็วที่สุดที่จะทำได้

⁶¹ การฆ่าเชื้อพื้นผิวในคลินิก ให้ใช้วิธีเช็ด ไม่ใช้วิธีฉีดพ่น เพราะการฉีดพ่นจะทำให้ยาฆ่าเชื้อกลายเป็นละอองฝอย และอาจทำให้สิ่งปนเปื้อนฟุ้งกระจาย เป็นอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงาน

ภาคผนวก 15

การดูแลคุณภาพน้ำของยูนิตกันตกรรรม

การดูแลคุณภาพน้ำของยูนิตกันตกรรรม เพื่อให้น้ำที่ออกจากยูนิต ผ่านทางด้ามกรอฟัน, เครื่องชุดหินปูน และ Air/water syringe มีคุณภาพเทียบเท่าน้ำดื่ม สามารถทำได้หลายวิธี แต่ยังไม่วิธีใดสามารถควบคุมปริมาณจุลินทรีย์ และไบโอฟิล์มได้อย่างชัดเจน ในทางปฏิบัติจึงอาจต้องใช้หลายวิธีประกอบกัน เช่น

1. การใช้ด้ามกรอฟันที่มีระบบป้องกันการดูดน้ำกลับ (Anti-retraction valve) เพื่อลดการดูดจุลินทรีย์ และสิ่งปนเปื้อนจากช่องปาก กลับเข้าไปในด้ามกรอฟัน เมื่อหยุดเดินเครื่อง

2. การเดินเครื่องเพื่อพ่นน้ำออกจากด้ามกรอฟัน, เครื่องชุดหินปูน และ Air/water syringe ทำโดย

2.1 เดินเครื่องเพื่อพ่นน้ำเป็นเวลา 2 นาที ก่อนเริ่มการปฏิบัติงานแต่ละวัน

และควรเพิ่มเวลาเดินเครื่อง หากหยุดใช้ยูนิตกันตกรรรมเป็นเวลานาน เช่น หลังวันหยุดสุดสัปดาห์

2.2 เดินเครื่องเพื่อพ่นน้ำเป็นเวลา 20-30 วินาที หลังการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

ทั้งนี้ เพื่อให้คราบจุลินทรีย์ขนาดใหญ่ ที่อาจหลุดออกมาขณะทำงานในช่องปากผู้ป่วย ได้หลุดลอกออกมาก่อน และช่วยระบายน้ำที่ตกค้างภายในสาย ซึ่งอาจมีจุลินทรีย์สะสมในปริมาณมากทิ้งไป วิธีนี้สามารถลดปริมาณจุลินทรีย์ ได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ประมาณ 30 นาทีหลังจากพ่นน้ำ จากนั้นปริมาณจุลินทรีย์จะเพิ่มขึ้นมาใหม่ แต่วิธีนี้ไม่สามารถ กำจัดไบโอฟิล์มให้ลดลงหรือหมดไปได้

3. การทำให้ภายในท่อนำระบบน้ำที่ออกจากยูนิตมีสภาพแห้ง ในช่วงกลางคืน และช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์

4. การใช้ภาชนะบรรจุน้ำสะอาดที่ ถอดออกจากยูนิตกันตกรรรมได้ เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้น้ำประปา ภายในระบบน้ำที่ออกจากยูนิต และทำให้สามารถกำหนดคุณภาพน้ำที่ใช้เดิมลงในภาชนะนั้นได้ โดยอาจเลือกใช้น้ำกรอง หรือน้ำกลั่นที่ผ่านการฆ่าเชื้อด้วยการต้ม และบรรจุในภาชนะปิดที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อมาแล้ว

5. การใช้สารเคมีฆ่าเชื้อ เลือกใช้สารเคมีฆ่าเชื้อแบบออกฤทธิ์กว้าง, ไม่เป็นอันตรายต่อมนุษย์, ไม่มีผลกระทบต่อวัสดุบุรณะ, ไม่กัดกร่อนระบบน้ำของยูนิต, ไม่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม, ใช้งานง่าย และราคาถูก สามารถทำได้ 2 วิธี คือ

5.1 การนำสารเคมีล้างระบบน้ำที่ออกจากยูนิต แบบเป็นครั้งคราว (Periodic, shock treatment) วิธีนี้ช่วยลดปริมาณจุลินทรีย์ได้ในระยะเวลาไม่นานหลังจากล้าง จากนั้นปริมาณจุลินทรีย์จะเพิ่มขึ้นมาใหม่ สารเคมีที่ใช้ได้ เช่น 0.005% Sodium hypochlorite และ 7% Hydrogen peroxide

5.2 การนำสารเคมีใส่ในระบบน้ำที่ออกจากยูนิต ให้มีความเข้มข้นระดับต่ำอยู่ตลอดเวลา (Continuous treatment) วิธีนี้ช่วยลดปริมาณจุลินทรีย์ได้ในระยะเวลานานขึ้น และมีประสิทธิภาพมากกว่า ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่วางขายมีส่วนประกอบของ Sodium perborate, Cationic surfactants, Silver nitrate และ Iodine

6. การใช้น้ำที่มีฤทธิ์ Oxidize เช่น น้ำโอโซน (Ozonated water) หรือ Plasma-activated water แทนน้ำปกติที่ใช้ในระบบน้ำที่ออกจากยูนิต น้ำดังกล่าวมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อได้ เพราะเป็น Oxidizing agent วิธีนี้ช่วยฆ่าเชื้อ ในระบบน้ำแบบ Continuous treatment ช่วยลดปริมาณจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาคผนวก 16

ตัวอย่างน้ำยาบ้วนปากระงับเชื้อก่อนทำหัตถการ

น้ำยาบ้วนปาก	วิธีใช้	ข้อควรระวัง
0.2% Povidone iodine	อมกลั้วปาก 30 วินาที และกลั้วคอ 30 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง (สามารถบ้วนน้ำตามได้)	- ห้ามใช้ใน - ผู้มีประวัติการแพ้ไอโอดีน - ผู้ที่ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ - ผู้ที่กำลังรักษาด้วย Radioactive iodine - ผู้ป่วยโรคไต - หญิงมีครรภ์ และมารดาในระยะให้นมบุตร - เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี
0.12% - 0.2% Chlorhexidine	อมกลั้วปาก 30 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง (สามารถบ้วนน้ำตามได้)	- หากใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน - อาจเกิดคราบสีติดที่ฟัน วัสดุบูรณะ ฟันเทียม หรือลื่น - อาจทำให้การรับรสเปลี่ยนแปลง - ห้ามใช้ใน - ผู้มีประวัติแพ้ Chlorhexidine
1% Hydrogen peroxide	อมกลั้วปาก 60 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง	- อาจทำให้เยื่อช่องปากระคายเคือง แสบร้อน หรือเกิดแผลถลอก - ห้ามใช้ใน - ผู้มีประวัติแพ้ Hydrogen peroxide - ผู้ที่ปากแห้ง น้ำลายน้อย - ผู้ที่มีแผลถอนฟัน หรือแผลในช่องปาก - ผู้สูงอายุ
0.075% Cetylpyridinium chloride (CPC)	อมกลั้วปาก 30 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง	- ห้ามใช้ใน - ผู้มีประวัติแพ้ CPC
Essential oil-based mouthwash	อมกลั้วปาก 30-60 วินาที แล้วบ้วนทิ้ง	- ห้ามใช้ใน - ผู้มีประวัติแพ้ Essential oils

* หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการกลืนได้ เช่น เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี, ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลพิเศษ
- ใช้ผ้าก๊อชหรือสำลี ชุบน้ำยาบ้วนปาก แล้วเช็ดให้ทั่วเนื้อเยื่อในช่องปาก แทนการกลั้วน้ำยา

ภาคผนวก 17

ตัวอย่างน้ำยาฆ่าเชื้อในงานเลืบทันตกรรม

งานเลืบทันตกรรม	วัสดุ	น้ำยาฆ่าเชื้อ	วิธีการ
แบบพิมพ์ฟัน	Alginate, Polyether	0.5% Sodium hypochlorite	จุ่มในน้ำยาฆ่าเชื้อหลาย ๆ ครั้ง แล้วห่อด้วยผ้ากอซชุบน้ำยาฆ่าเชื้อ ใส่ในภาชนะปิด นาน 10 นาที
	Silicone, Polysulfide	0.5% Sodium hypochlorite	แช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ นาน 10 นาที
ชิ้นงานทันตกรรม	โลหะ และเซรามิก เช่น ฟันเทียมฐานโลหะ, ครอบฟันโลหะ, ครอบฟันเซรามิก	70% Alcohol	แช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ นาน 10 นาที
	อะคริลิกเป็นส่วนประกอบ เช่น ฟันเทียมฐานอะคริลิก, ครอบฟันชั่วคราว, Occlusal splint, Retainer	0.5% Sodium hypochlorite	แช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ นาน 10 นาที
	Surgical stent	น้ำยาฆ่าเชื้อประสิทธิภาพ ระดับสูง เช่น Glutaraldehyde, Ortho-phthalaldehyde, Peracetic acid	แช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ ตามระยะเวลา ที่ผลิตภัณฑ์ระบุ

ภาคผนวก 18

การจัดการระบบระบายอากาศในคลินิกทันตกรรม

การระบายอากาศ (Ventilation) หมายถึง การเคลื่อนที่ของอากาศจากภายนอกห้องหรืออาคาร เข้ามาแทนที่อากาศภายในห้องหรืออาคาร ร่วมกับ การหมุนเวียนของอากาศภายในห้องหรืออาคารนั้น

องค์ประกอบพื้นฐานของการระบายอากาศ

- อัตราการระบายอากาศ (Ventilation rate) หรืออัตราการเปลี่ยนอากาศ (Air change rate)
 - หมายถึง ปริมาณอากาศจากภายนอก ที่เข้ามาภายในห้องหรืออาคาร ต่อหน่วยเวลา
$$\text{Air change rate (ACH)} = \frac{\text{Ventilation rate (l/s)} \times 3600 \text{ (s/hr)} \times 0.001 \text{ (m}^3\text{/s)}}{\text{Room volume (m}^3\text{)}}$$
- ทิศทางการไหลของอากาศ (Airflow direction)
 - อากาศควรไหลจากบริเวณที่สะอาด ไปยังบริเวณที่สกปรก
 - เช่น ไหลจากฝั่งทันตบุคลากร ผ่านบริเวณที่ทำหัตถการ ไปยังฝั่งปลายเท้าผู้ป่วย
- ลักษณะการไหลของอากาศ (Airflow pattern) หรือการกระจายตัวของอากาศ (Air distribution)
 - อากาศจากภายนอก ควรถูกส่งเข้าไปถึงทุกบริเวณภายในห้องหรืออาคาร
 - มลพิษจากทุกบริเวณภายในห้องหรืออาคาร ควรถูกนำออกไปจากบริเวณนั้น

วิธีระบายอากาศภายในห้องหรืออาคาร

1. **Natural ventilation** ทำโดยเปิดหน้าต่างและประตู เพื่อให้ลมธรรมชาติเคลื่อนที่ผ่าน ทำให้เกิดอัตราการเปลี่ยนอากาศได้สูงถึง 28 ACH อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้เปิดหน้าต่างและประตูห้องทั้งไว้ขณะทำการรักษาผู้ป่วย

2. **Mechanical ventilation** ทำโดยนำอุปกรณ์มาควบคุมการระบายอากาศ

ตัวอย่าง สำหรับห้องทันตกรรมขนาด 3 x 4 x 2.8 ลูกบาศก์เมตร ต้องการอัตราการเปลี่ยนอากาศ 12 ACH อาจพิจารณาติดตั้งอุปกรณ์ ดังนี้

เครื่องเติมอากาศ (Fan filter unit)	- นำอากาศจากภายนอก เข้าสู่ภายในห้องทันตกรรม 3 ACH - ติดตั้งบริเวณฝั่งทันตบุคลากร หลังต่อเก้าอี้ทันตแพทย์ - มีปริมาตรลมไหลผ่านประมาณ 60 CFM⁶² - มีแผ่นกรองอากาศ HEPA เพื่อป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กเข้ามาภายในห้อง
---------------------------------------	---

⁶² ปริมาตรลมไหลผ่านของอุปกรณ์แต่ละชิ้น เปลี่ยนแปลงไปตามขนาดห้องทันตกรรม คำนวณได้ตามสูตร $\text{ACH} = \frac{\text{CFM} \times 60 \times 0.028}{\text{Room volume (m}^3\text{)}}$

พัดลมระบายอากาศ (Exhaust fan unit)	- นำอากาศจากภายในห้องทันตกรรม ออกสู่ภายนอก 3 ACH - ติดตั้งบริเวณฝ้าปลายเท้าของผู้ป่วย - มีปริมาตรลมไหลผ่านประมาณ 60 CFM - ควรใช้แผ่นกรองอากาศ HEPA หากไม่สามารถระบายอากาศออกสู่บริเวณที่ปลอดภัย
เครื่องฟอกอากาศ (Air cleaner)	- เจือจางเชื้อโรคในอากาศ ทำให้มีอากาศที่ดีหมุนเวียนภายในห้อง 9 ACH - ควรเป็นชนิดตั้งพื้น วางชิดกับยูนิตทันตกรรม บริเวณหัวเข้าหรือปลายเท้าของผู้ป่วย - มีปริมาตรลมไหลผ่านประมาณ 180 CFM - ใช้แผ่นกรองอากาศ HEPA ระดับ H13 ขึ้นไป ที่ได้มาตรฐาน EN1822:2009 หรือเทียบเท่า - ผ่านการทดสอบ HEPA filter leak test และ Filter installation leak test ตามมาตรฐาน ISO14644-3(2005) หรือเทียบเท่า
เครื่องปรับอากาศ (Air conditioner)	• สำหรับเครื่องปรับอากาศชนิดติดผนัง - ควรติดตั้งบริเวณฝ้าหลังทันตบุคลากร ปรับกระบังลมกดลง ให้อากาศไหลลงมาที่ด้านหลังทันตบุคลากร ผ่านทันตบุคลากร แล้วไปยังผู้ป่วย - หากติดตั้งบริเวณฝ้าปลายเท้าผู้ป่วย ปรับกระบังลมยกขึ้น ให้อากาศไหลขนานไปกับเพดานห้อง แล้วย้อนผ่านด้านหลังทันตบุคลากร ไปยังผู้ป่วย • สำหรับเครื่องปรับอากาศชนิดแขวนเพดาน - ควรติดตั้งบริเวณฝ้าปลายเท้าผู้ป่วย ปรับกระบังลมยกขึ้น ให้อากาศไหลขนานไปกับเพดานห้อง แล้วย้อนผ่านด้านหลังทันตบุคลากร ไปยังผู้ป่วย

นอกจากนี้ อาจพิจารณาติดตั้งอุปกรณ์ได้อีกหลายแนวทาง เช่น ติดตั้งเครื่องเติมอากาศเพื่อนำอากาศเข้าสู่ภายในห้องทันตกรรม 12 ACH ร่วมกับติดตั้งพัดลมระบายอากาศเพื่อนำอากาศออกสู่ภายนอก 12 ACH โดยไม่ติดตั้งเครื่องฟอกอากาศภายในห้อง

ทั้งนี้ ควรคำนึงถึงอุณหภูมิ ความชื้น และปัจจัยอื่น ๆ ของอากาศจากภายนอกประกอบด้วย เพราะมีผลต่อการเลือกขนาดเครื่องปรับอากาศที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลถึงภาระค่าไฟฟ้าในอนาคต

3. Hybrid หรือ Mix-mode ventilation ทำโดยนำ Mechanical ventilation มาใช้ร่วมกับ Natural ventilation เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการเปลี่ยนอากาศ เมื่อใช้ Natural ventilation อย่างเดียวไม่เพียงพอ

คำย่อ ACH = Air changes per hour

CFM = Cubic feet per minute

HEPA = High efficiency particulate air

ภาคผนวก 19

การจัดการขยะ

ชนิดขยะ	ตัวอย่างขยะ	วิธีการจัดการ
ขยะทั่วไป	ขยะที่ไม่ใช่ขยะติดเชื้อ และขยะอันตราย โดยอาจแยกขยะอินทรีย์ และขยะรีไซเคิล ออกจากขยะทั่วไปอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการจัดการ เช่น เศษอาหาร, ภาชนะบรรจุอาหาร, เศษกระดาษ, ถุงพลาสติก, วัสดุพิมพ์ปากที่ฆ่าเชื้อแล้ว, ซอง Sterilization pouch ที่ใช้แล้ว, วัสดุกันเปื้อนที่ใช้คลุมพื้นผิวแล้ว เป็นต้น	1. บรรจุขยะทั่วไปในถุงพลาสติกสีดำ ที่ทนทานและไม่รั่วซึม ในปริมาณที่เหมาะสมต่อความจุถุง แล้วมัดปากถุงให้แน่น 2. นำถุงบรรจุขยะ ไปทิ้งที่ภาชนะรองรับขยะทั่วไปของชุมชน หรือส่งไปกำจัดตามวิธีที่ราชการส่วนท้องถิ่นนั้นจัดการ
ขยะติดเชื้อ	ขยะที่ปนเปื้อนด้วยเชื้อโรค ในปริมาณหรือความเข้มข้นที่หากสัมผัสหรือใกล้ชิดขยะนั้นแล้ว สามารถทำให้ติดเชื้อได้ 1. ขยะติดเชื้อไม่มีคม เช่น ฟันที่ถูกถอนออกมา, ผ้าก๊อชหรือสำลีที่เปื้อนด้วยเลือดหรือน้ำลาย, หลอดดูดน้ำลายที่ใช้แล้ว, ถุงมือที่ใช้แล้ว, หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว เป็นต้น 2. ขยะติดเชื้อมีคม เช่น เข็ม, ใบมีด, หัวกรรพิน, ลวด, Bracket, หลอดแก้ว, ภาชนะที่ทำด้วยแก้ว, Microscopic slide ที่เป็นขยะติดเชื้อ 3. ขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลว เช่น เลือด, น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย ที่ถูกดูดออกมาขณะทำการรักษา	1. บรรจุขยะติดเชื้อในถุงพลาสติกหรือภาชนะ ตามประเภท ดังนี้ 1.1 ขยะติดเชื้อไม่มีคม บรรจุในถุงพลาสติกสีแดง ที่ทนทานและไม่รั่วซึม ในปริมาณไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของความจุถุง แล้วมัดปากถุงให้แน่น 1.2 ขยะติดเชื้อมีคม บรรจุในภาชนะที่ทนต่อการแทงทะลุ, ป้องกันการรั่วไหลได้ และมีฝาปิดได้มิดชิด ในปริมาณไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของความจุภาชนะ แล้วปิดฝาให้แน่น 1.3 ขยะติดเชื้อที่เป็นของเหลว ระบายส่วนที่เป็นของเหลวทิ้งในอ่างหรือบริเวณที่หน่วยงานกำหนดเป็นที่เฉพาะ ไม่ระบายลงอ่างล้างมือ หรือบรรจุในถุงรวบรวมของเหลวชนิดใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง (Disposable suction bag)

ชนิดขยะ	ตัวอย่างขยะ	วิธีการจัดการ
		2. หากไม่สามารถนำถุงหรือภาชนะบรรจุขยะไปกำจัดได้ในทันทีให้นำไปพักรวมในบริเวณที่แยกออกมาเป็นสัดส่วน, สามารถป้องกันสัตว์และแมลงเข้าไป และทำความสะอาดได้ง่าย 3. ส่งไปกำจัดด้วยวิธีเผาในเตาเผา หรือตามวิธีที่ราชการส่วนท้องถิ่นนั้นจัดการ ทั้งนี้ สถานพยาบาลที่อยู่บริเวณใกล้เคียงกัน อาจรวบรวมขยะติดเชื้อแล้วส่งไปกำจัดร่วมกัน เพื่อแก้ไขข้อจำกัดเรื่องปริมาณขยะติดเชื้อขั้นต่ำ ที่ราชการส่วนท้องถิ่นรับกำจัด
ขยะอันตราย	ขยะที่ปนเปื้อนด้วยสารที่เป็นพิษ หรือสารที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสิ่งมีชีวิต ทรัพยากรสิน หรือสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 6 ประเภท 1. หลอดไฟ 2. ถ่านไฟฉายและแบตเตอรี่ 3. ภาชนะบรรจุสารเคมี รวมถึงกระป๋องสเปรย์ ตลับหมึกพิมพ์ และภาชนะบรรจุน้ำมันปิโตรเลียม 4. ยาและเวชภัณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนด 5. เครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ 6. ขยะที่เป็นพิษ หรืออันตรายประเภทอื่นตามที่กฎหมายกำหนด	1. คัดแยกขยะ ตามประเภทที่กฎหมายกำหนด 2. บรรจุขยะอันตรายในถุงพลาสติกหรือภาชนะ ที่ทนทานและไม่รั่วซึม ตามความเหมาะสมต่อขยะแต่ละประเภท 3. นำถุงหรือภาชนะบรรจุขยะ ไปทิ้งที่ภาชนะรองรับ หรือจุดแยกทิ้งขยะอันตรายของชุมชน หรือส่งไปกำจัดตามวิธีที่ราชการส่วนท้องถิ่นนั้นจัดการ
	ขยะจากการล้างฟิล์มเอกซเรย์ เช่น สารละลาย Developer, สารละลาย Fixer, แผ่นตะกั่วประกบฟิล์ม (Lead foil) เป็นต้น	1. สารละลาย Developer ให้ระบายทิ้งในอ่างหรือบริเวณที่หน่วยงานกำหนดเป็นที่เฉพาะ ไม่ระบายลงอ่างล้างมือ 2. สารละลาย Fixer และแผ่นตะกั่วประกบฟิล์ม (Lead foil) ให้ส่งไปยังหน่วยงานหรือบริษัทที่บริหารจัดการ

ชนิดขยะ	ตัวอย่างขยะ	วิธีการจัดการ
	ขยะจากการใช้อะมัลกัม เช่น อะมัลกัมที่ตกค้างที่แคปซูล เครื่องมือ และผ้าก๊อซ, อะมัลกัมที่เหลือจากการตกแต่งขณะอุดฟัน, อะมัลกัมจากการกรอหรือวัสดุอุดฟัน, อะมัลกัมที่ติดค้างที่อ่าวบ้วนปาก และตัวกรองของยูนิตทันตกรรม, แคปซูลอะมัลกัมที่ใช้แล้ว เป็นต้น	- บรรจุในภาชนะที่มีฝาปิดได้สนิท - ส่งไปยังหน่วยงานหรือบริษัทที่รับจัดการ * หากสถานพยาบาลยังคงใช้งานอะมัลกัม ต้องเลือกใช้อะมัลกัมชนิดแคปซูล (Encapsulated amalgam)

แนวปฏิบัติทางสิ่งแวดล้อมที่ดีในคลินิกทันตกรรมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม



การป้องกันตนเองสำหรับผู้ปฏิบัติงานกับอะมัลกัม

- สวมหน้ากากอนามัย เลือกลุ่ม หมวกคลุมผม face shield และถุงมือ ให้มีชุดทุกครั้ง เมื่อใช้และสัมผัสอะมัลกัม
- จัดระบบระบายอากาศที่ดีในคลินิกทันตกรรม เปิดเครื่องกรองอากาศ หรือเครื่องดูดอากาศขณะทำงาน เพื่อลดความเข้มข้นของไอปรอท
- ใช้เครื่องบดอะมัลกัมที่มีฝาครอบปิด ในห้องแยกจากห้องทำฟันหรือในห้องที่มีระบบระบายอากาศที่ดี

การใช้งานอะมัลกัม

- เตรียมอะมัลกัมชนิดแคปซูลหลายขนาด เลือกให้พอเหมาะกับความต้องการใช้แต่ละครั้ง
- ในการรีอะมัลกัมเก่า ใช้หัวกรอคาร์ไบด์ขนาดเล็ก ขณะกรอให้มีน้ำชะล้างตลอด กรอตัดอะมัลกัมให้ออกมาเป็นชิ้นขนาดใหญ่และก้อนออก เพื่อลดปริมาณอะมัลกัมที่จะไปกับน้ำทิ้ง
- ในการอุดหรือรีอะมัลกัมเก่า ใช้ High power suction ทุกครั้ง

การคัดแยกและเก็บของเสียอะมัลกัม แยกทิ้งใน 3 ภาชนะ เพื่อลดการปนเปื้อนอะมัลกัมไปกับน้ำทิ้ง

อะมัลกัมที่ไม่สัมผัสกับผู้ป่วย

เปลือกอะมัลกัมแคปซูลที่ใช้แล้ว

เก็บในภาชนะพลาสติกปิดสนิท

อะมัลกัมที่ไม่สัมผัสกับผู้ป่วย

อะมัลกัมที่เหลือจากการบด
เศษอะมัลกัมที่เหลือในเครื่องมือ เช่น carrier
อะมัลกัมที่เหลือในเวลล์หรือ
ผ้าใส่อะมัลกัมจากเครื่องบด

เก็บในภาชนะพลาสติกปิดสนิท
แช่น้ำหรือน้ำยาฟอกเซอร์

อะมัลกัมที่สัมผัสกับผู้ป่วย

อะมัลกัมที่เหลือจากการ carve ขณะอุดฟัน
อะมัลกัมจากการกรอหรือรอยอุดเดิม
เศษอะมัลกัมที่ติดค้างในอ่าวบ้วนปาก
และที่กรองได้จากที่กรองน้ำทิ้งของเก้าอี้ทำฟัน
อะมัลกัมที่แยกได้จากสำลีหรือผ้าก๊อซ
ในปากผู้ป่วย

เก็บในภาชนะพลาสติกปิดสนิท
เติมน้ำด่างโซเดียมไฮดรอกไซด์กลุ่มแอลกอฮอล์
(เป็นสารที่ไม่มีส่วนผสมของคลอรีน ไอโอดีน
และกลุ่มเปอร์ออกไซด์)



กรมอนามัย
สำนักงานสาธารณสุข



ปิดผนึกภาชนะและปิดฉลาก “ ของเสียอันตราย อะมัลกัม (สารปรอท) ”

ส่งกำจัดไปกับของเสียอันตราย หรือส่งบริษัทเพื่อรีไซเคิลปรอท

ห้ามนำของเสียอะมัลกัม บรรจุในถุงขยะติดเชื้อ

ดาวน์โหลดคู่มือการใช้และจัดการของเสียอะมัลกัมในคลินิกทันตกรรม

SR: SAFE RECORD

บันทึกข้อมูลครบถ้วนและมีระบบคุ้มครองข้อมูล

SR: SAFE RECORD

บันทึกข้อมูลครบถ้วนและมีระบบคุ้มครองข้อมูล

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
SR1 บันทึกเวชระเบียน ⁶³ ที่แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย, การประเมิน, การรักษา และการแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วย	SR1.1 บันทึกเวชระเบียนให้เห็นถึงความสอดคล้องของ ประวัติ การเจ็บป่วย, อาการทางคลินิก, การตรวจวินิจฉัย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ	✓*	✓*	✓*
	SR1.2 บันทึกรายละเอียดก่อนเริ่มการรักษา ต่อไปนี้ ลงในเวชระเบียน (1) ผลการคัดกรองผู้ป่วย ที่อาจมีโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจหรือโรคติดต่อสำคัญตามบริบท			✓
	(2) ผลการตรวจวัดสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิต และชีพจร	✓	✓	✓
	(3) ผลการซักประวัติอาการสำคัญ และอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	✓	✓	✓
	(4) ผลการซักประวัติสุขภาพ, ประวัติใช้ยา และประวัติแพ้ยา และสารอื่น	✓	✓	✓
	SR1.3 บันทึกรายละเอียดการรักษา ต่อไปนี้ ลงในเวชระเบียน หากมีการปฏิบัติ			
	(1) ผลการตรวจภายนอกช่องปาก และภายในช่องปาก	✓	✓	✓
	(2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	✓	✓	✓
	(3) ผลการตรวจด้วยภาพรังสี	✓	✓	✓
	(4) การวินิจฉัย	✓	✓	✓
	(5) ขั้นตอนการรักษา	✓	✓	✓
	(6) การใช้ยาชา ประกอบด้วย ชื่อยา, ความแรงของยา, ความเข้มข้นของยาบิบลอดเลือด และจำนวนที่ใช้	✓	✓	✓

⁶³ เวชระเบียน หมายถึง บันทึกทางการแพทย์ในรูปแบบสื่อดิจิทัล และในระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record)

ทั้งนี้ ต้องไม่บันทึกเวชระเบียนด้วยดินสอ, ต้องมีระบบยืนยันว่า ผู้ให้การรักษาได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในเวชระเบียนแล้ว และหากใช้คำย่อในเวชระเบียน สถานพยาบาลต้องจัดทำบัญชีคำย่อพร้อมคำเต็ม เพื่อให้ใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งสถานพยาบาล

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	(7) การขอคำปรึกษาจากทันตแพทย์ หรือบุคลากรวิชาชีพอื่น และข้อสรุปที่ได้ร่วมกัน	✓	✓	✓
	(8) ภาวะแทรกซ้อน หรือความไม่สมบูรณ์ในการรักษา และการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหา	✓	✓	✓
	(9) รายการส่งใช้ยา ประกอบด้วย ชื่อยา, ขนาดยา, จำนวน และวิธีใช้	✓	✓	✓
	SR1.4 บันทึกรายละเอียดหลังเสร็จการรักษา ต่อไปนี้ ลงในเวชระเบียน (1) คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย (2) ค่าใช้จ่ายของการรักษาแต่ละครั้ง			
SR2 มีมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	SR2.1 มีระบบกำกับดูแลการเก็บรวบรวม, ใช้ และเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย ตามที่กฎหมายกำหนด ⁶⁴	✓	✓	✓
	SR2.2 หากต้องการเก็บรวบรวม, ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย รวมถึงภาพและ/หรือเสียงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย <u>เพื่อวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือจากเพื่อประกอบการรักษา</u> - มีระบบยืนยันว่า ผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม รับทราบรายละเอียด และแสดงความยินยอม (Informed consent) ⁶⁵ ให้ประมวลผลข้อมูลแล้ว	✓	✓	✓
	SR2.3 เก็บรักษาเอกสารและหลักฐาน ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี นับจากวันที่จัดทำ ⁶⁶	✓	✓	✓

⁶⁴ รายละเอียดตาม พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ข้อมูลและตัวอย่างเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ดูรายละเอียดตาม

- เว็บไซต์ PDPA กับการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์, เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/Pages/PDPA>

- เว็บไซต์ PDPA - MOPH, เข้าถึงได้จาก: https://pdpa.moph.go.th/pdpa/law_ops.php

⁶⁵ Informed consent เพื่อแสดงความยินยอมให้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล ไม่ใช่ Informed Consent เพื่อแสดงความยินยอมรับการรักษา

ดูตัวอย่างเอกสารยินยอมให้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือการรักษา ที่ภาคผนวก 20

⁶⁶ รายละเอียดตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541, หนังสือสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร 1002/ว8 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2530 เรื่อง การกำหนดอายุการเก็บแฟ้มประวัติผู้ป่วยและใบสั่งยา และหนังสือสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร 0106/74 ลงวันที่ 12 มกราคม 2558 เรื่อง การขอลดอายุการเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก 20

ตัวอย่างเอกสารยินยอมให้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือการรักษา

เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ผู้ป่วย ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ได้รับแจ้งจาก
ทันตแพทย์/สถานพยาบาล..... ขอเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่.....

เพื่อใช้ในวัตถุประสงค์ ☐ การเรียนการสอน และการประชุมสัมมนา ทางทันตกรรมและสาธารณสุข
☐ การให้ความรู้ทางทันตกรรมและสาธารณสุข แก่สาธารณะ
☐ การวิจัยและตีพิมพ์ ในวารสารและสื่อสิ่งพิมพ์ทางทันตกรรมและสาธารณสุข
☐ อื่น ๆ

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า

1. ชื่อ-สกุล และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผย เพื่อให้ไม่สามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้ แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีบุคคลสามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้ แม้ว่าได้พยายามปกปิดแล้วก็ตาม
2. การนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุข้างต้น ครอบคลุมถึง การเผยแพร่ในวารสารและสื่อสิ่งพิมพ์, การเผยแพร่ทางโทรทัศน์, การเผยแพร่ทางสื่อออนไลน์, รวมถึงการเผยแพร่ในรูปแบบอื่น ๆ ที่อาจเป็นไปได้ด้วย
3. ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเผยแพร่ตามความเป็นจริง โดยปราศจากการบิดเบือน
4. ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ แต่หากข้อมูลถูกเผยแพร่ไปแล้ว ข้าพเจ้าจะไม่สามารถถอนความยินยอมได้อีก การถอนความยินยอมในอนาคตไม่ว่ากรณีใด ๆ ไม่มีผลต่อการเผยแพร่ที่ได้กระทำไปก่อนแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ลงชื่อ (.....) ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง ลงชื่อ (.....) พยาน

ผู้ปกครองเกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ (.....) ทันตแพทย์ ลงชื่อ (.....) พยาน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้แทนโดยชอบธรรมใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง

SO: SAFE OCCUPATION

ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย

SO: SAFE OCCUPATION

ปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
SO1 ดูแลสถานที่ปฏิบัติงาน ให้เอื้อต่อการใช้งานอย่างปลอดภัย	SO1.1 มีสิ่งแวดลอมทางกายภาพ อยู่ในสภาพที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการใช้งาน	✓	✓	✓
	SO1.2 มีทางเข้า-ออกของสถานที่ปฏิบัติงาน ที่กว้างเพียงพอต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน	✓	✓	✓
	SO1.3 จัดสถานที่ปฏิบัติงาน ในลักษณะที่ช่วยลดข้อจำกัดทางกายภาพ ในการเข้าถึงการรักษา ⁶⁷			✓
	SO1.4 มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับอัคคีภัย ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันการเกิดอัคคีภัย และการจัดการเมื่อเกิดอัคคีภัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร		✓	✓
	SO1.5 ดูแลความสะอาด และบำรุงรักษาสถานที่ปฏิบัติงาน ให้ปราศจากสัตว์และแมลงรบกวน อย่างสม่ำเสมอ	✓	✓	✓
SO2 มีมาตรการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร	SO2.1 จัดการให้บุคลากรที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสิ่งติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ⁶⁸			✓
	SO2.2 จัดการให้บุคลากรทุกราย ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอดด้วยการเอกซเรย์ทรวงอก (1) ตั้งแต่แรกเข้าปฏิบัติงาน และ (2) จากนั้น อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	✓	✓ ✓	✓ ✓

⁶⁷ สิ่งที่มีในสถานที่ปฏิบัติงาน เช่น ป้ายบอกทาง และป้ายแสดงสิ่งอำนวยความสะดวก, ทางลาดสำหรับผู้ป่วยนั่งรถเข็น, สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ เป็นต้น

รายละเอียดตาม กฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548 และกฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564

⁶⁸ แนวทางการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

- บุคลากรที่เกิดก่อน พ.ศ. 2536 และยังไม่มีประวัติได้รับวัคซีนนี้ ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี 3 เข็ม
- บุคลากรที่เกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา และมีประวัติได้รับวัคซีนนี้แล้ว ให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี กระตุ้น 1 เข็ม

รายละเอียดตาม แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB) ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
	SO2.3 มีระบบคัดกรองสุขภาพบุคลากร ก่อนเริ่มการปฏิบัติงาน แต่ละวัน เช่น ให้บุคลากรประเมิน และรายงานสุขภาพ ของตนเอง ทั้งนี้ เพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และลดความเสี่ยง ต่อการแพร่กระจายโรคติดต่อ		✓	✓
	SO2.4 เมื่อบุคลากรมีอาการเจ็บป่วย หรือสงสัยว่าเจ็บป่วย - มีแนวทางจัดการดูแลที่เหมาะสม และสอดคล้องกับ แนวปฏิบัติทางการแพทย์	✓	✓	✓
SO3 มีมาตรการจัดการเมื่อเกิด อุบัติเหตุในสถานพยาบาล	SO3.1 มีแนวทางปฏิบัติ เมื่อบุคลากรโดนของมีคมที่ปนเปื้อน เข็มตำหรือบาดแทง อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	✓	✓	✓
	SO3.2 มีแนวทางปฏิบัติ เมื่อบุคลากรสัมผัสเลือดหรือสิ่งติดเชื้อ โดยตรง ผ่านทางเยื่อๆ หรือผิวหนังที่มีบาดแผลหรือรอยถลอก อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	✓	✓	✓

RM: RISK MANAGEMENT

บริหารความเสี่ยงเพื่อสร้างความปลอดภัย

RM: RISK MANAGEMENT

บริหารความเสี่ยงเพื่อสร้างความปลอดภัย⁶⁹

ประเด็นสำคัญ	แนวทางปฏิบัติ/ป้องกัน	ระดับ		
		1	2	3
RM1 มีกิจกรรมค้นหาความเสี่ยงเพื่อการเรียนรู้ โดยไม่ใช้ค่านิยมกล่าวโทษ (No blame culture)	RM1.1 มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นและเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วย และบุคลากร	✓	✓	✓
	RM1.2 มีระบบบันทึก และรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุมทั้งเหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) ⁷⁰ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) ⁷¹	✓	✓	✓
	RM 1.3 นำข้อมูลจาก RM1.1 และ RM1.2 ที่พบในหน่วยงาน และอาจรวมถึงที่เรียนรู้จากนอกหน่วยงาน มาสื่อสารในที่ประชุมบุคลากร อย่างสม่ำเสมอ		✓	✓
RM2 วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (Root cause analysis) ⁷² เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์	RM2.1 นำอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง หรืออุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงต่ำแต่พบบ่อย มาวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ			✓
	RM2.2 นำข้อมูลจาก RM2.1 มาใช้กำหนดมาตรการป้องกัน และจัดการความเสี่ยง เพื่อสร้างกระบวนการและระบบงานที่ปลอดภัย			✓

⁶⁹ สนับสนุนให้โรงเรียนทันตแพทย์ จัดสอนเรื่องการบริหารความเสี่ยง (Risk Management) อย่างเป็นระบบ ในหลักสูตรปริญญาบัณฑิต หากสถานพยาบาลมีการบริหารความเสี่ยงในเชิงรุก (Proactive risk management) ร่วมด้วย โดยมีการค้นหาความเสี่ยง (Risk identification), การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis), การวางแผนจัดการความเสี่ยง (Risk treatment planning) และการติดตามและทบทวนความเสี่ยง (Risk monitoring and review) อย่างเป็นระบบ ให้พิจารณาคะแนนในการประเมินแต่ละข้อ ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป

การค้นหาความเสี่ยงในเชิงรับ เช่น การรับเรื่องร้องเรียนจากผู้ป่วยและบุคลากร, การรายงานอุบัติการณ์

การค้นหาความเสี่ยงในเชิงรุก เช่น การเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน, การทบทวนกระบวนการ, การทบทวนเวชระเบียน, การตามรอยทางคลินิก

⁷⁰ เหตุการณ์เกือบพลาด (Near miss) คือ เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน หรือเหตุการณ์ที่เกิดความคลาดเคลื่อนแล้ว แต่ยังไม่เกิดความเสียหาย เพราะดักจับหรือแก้ไขได้ทัน เช่น เรียกผู้ป่วยผิดคนแต่ยังไม่ได้เริ่มการรักษา, จ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้แต่ยังไม่ได้รับประทาน, มีวัตถุตกลงในคอแต่เอาออกได้ทัน เป็นต้น

⁷¹ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) คือ เหตุการณ์ที่เกิดความคลาดเคลื่อนแล้ว และทำให้เกิดความเสียหาย เช่น ทำหัตถการผิดตำแหน่ง, มีผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ, มีวัตถุตกลงในคอ เป็นต้น

⁷² การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (Root cause analysis) คือ การนำอุบัติการณ์มาวิเคราะห์หาสาเหตุตั้งต้น ที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการในเชิงกระบวนการหรือเชิงระบบ โดยไม่เพ่งโทษที่ตัวบุคคล หากสามารถควบคุมหรือจัดการสาเหตุดังกล่าวได้ จะช่วยป้องกันหรือลดการเกิดอุบัติการณ์นั้นซ้ำได้

SIMPLE

PATIENT SAFETY

S: SAFE SURGERY

S1 Safe surgical care process

ST3 ประเมินสถานะของผู้ป่วย ก่อนเริ่มการรักษา

SI4 ฉีดยาอย่างปลอดภัย

S2 Surgical site infection prevention

SI9 ควบคุมการปนเปื้อนขณะทำการรักษา

S3 Safe environment

SI12 ดูแลคุณภาพอากาศภายในคลินิกทันตกรรม

S4 Safe surgical instrument and device

SI5 จัดเตรียมเครื่องมือรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

I: INFECTION PREVENTION AND CONTROL

I1 Hand hygiene

SI1 ทำความสะอาดมือได้อย่างถูกต้อง

I2 Isolation precautions

SI2 ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment)

SI3 ดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ และสร้างสุขนิสัยการไอจาม

SI7 ดูแลพื้นผิวในคลินิก (Environmental surface) ได้อย่างเหมาะสม

SI15 จัดเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อม ต่อการปฏิบัติตามแนวทางควบคุมการติดเชื้อ

I3 Waste management

SI13 จัดการขยะได้อย่างปลอดภัย

SI14 จัดการน้ำเสียก่อนระบายทิ้ง

SI6 จัดการผ้าในคลินิกได้อย่างเหมาะสม

M: MEDICATION SAFETY

M1 Rational drug use

ST8 สั่งจ่ายอย่างสมเหตุผล โดยมีระบบจัดการด้านยาที่ปลอดภัยรองรับ

P: PATIENT CARE PROCESSES

P1 Patient identification

ST2 ระบุตัวผู้ป่วย และตำแหน่งทำหัตถการ อย่างถูกต้อง ก่อนเริ่มการรักษา

P2 Communication

SC1 แจ้งวิธีการรักษา, ทางเลือกในการรักษา, ผลลัพธ์จากการรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

SC2 แจ้งค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา

SC3 แจ้งปัญหาที่เกิดขึ้น, การพยากรณ์โรค และแนวทางจัดการปัญหา เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
หรือความไม่สมบูรณ์ในการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

SC4 สื่อสารข้อมูลการรักษากับผู้ป่วยต่างชาติ ให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน และสอดคล้องกัน

P3 Reduction of diagnostic errors

ST4 ตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

P4 Management for patients with special care needs

ST6 จัดการผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการดูแลพิเศษ ได้อย่างเหมาะสม
เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา

ST7 จัดการผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความต้องการดูแลพิเศษ ได้อย่างเหมาะสม
เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา

L: LINE, LABORATORY AND X-RAY

L1 Waterline

SI8 ดูแลระบบน้ำของยูนิตทันตกรรมให้สะอาด

L2 Dental laboratory

SI11 ควบคุมการติดเชื้อในงานแล็บทันตกรรม

L3 X-ray

SI10 ควบคุมการติดเชื้อในการถ่ายภาพรังสี

E: EMERGENCY RESPONSE

E1 Medical emergency

ST5 รักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉิน ในสถานพยาบาลที่มีความสามารถจัดการภาวะฉุกเฉิน

E2 Emergency safety

ST1 ให้การรักษาตามลำดับความเร่งด่วน

PERSONNEL SAFETY

P: PROCESS OF WORK

P1 Fitness for work or duty health assessment

SO2 มีมาตรการคุ้มครองสุขภาพ และความปลอดภัยของบุคลากร

P2 Specific guideline for prevention of work-related disorder

SO3 มีมาตรการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุในสถานพยาบาล

L: LEGAL ISSUES

L1 Medical record and documentation

SR1 บันทึกเวชระเบียน ที่แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย, การประเมิน, การรักษา และการแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วย

SR2 มีมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

E: ENVIRONMENT

E1 Safe physical environment

SO1 ดูแลสถานที่ปฏิบัติงาน ให้เอื้อต่อการใช้งานอย่างปลอดภัย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

1. คณะทำงานศึกษาและพัฒนาามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์ คຸ້ມຄອງຜູ້ບຣິໂກດທາງทันตกรรม และพัฒนาระบบคุณภาพบริการ คณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 7 (พ.ศ. 2556-2559). แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/UI8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqiAOkJj.pdf>
2. คณะอนุกรรมการศึกษาและพิจารณากำหนดเกณฑ์มาตรฐานและคุณภาพการให้บริการทางทันตกรรม ทันตแพทยสภา วาระที่ 9. แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2015 และที่แก้ไขเพิ่มเติม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/KOUMHIAxZCasSglmbvYR1249c67dErX.pdf>
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (SIMPLE)² Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Diseases 2021 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/cqs/sites/default/files/public/EBook_aw_simple2_final_%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B9%80%E0%B8%9C%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B9%88%202564.pdf
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข ของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/cqs/sites/default/files/public/a-w%20Personnal%202018%20final.pdf>
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/cqs/sites/default/files/public/3.%20Patient%20Safety%20Goals%202018%20%209-9-18_0.pdf
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564.

SC: SAFE COMMUNICATION

1. กฎกระทรวง กำหนดชื่อสถานพยาบาล และการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการอื่น และสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 16 ก (ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17071033.pdf>
2. กระทรวงสาธารณสุข. คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tmc.or.th/pdf/declaration.pdf>
3. การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0202.4.1/ว724 (ลงวันที่ 29 กันยายน 2560). เข้าถึงได้จาก: <https://www.tm.mahidol.ac.th/legal/sites/default/files/303.pdf>
4. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชนิดหรือประเภทของการรักษาพยาบาล ยาและเวชภัณฑ์ การบริการทางการแพทย์ หรือการบริการอื่นของสถานพยาบาล และสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งผู้รับอนุญาตจะต้องแสดงตามมาตรา 32 (3) พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่พิเศษ 71 ง (ลงวันที่ 26 มีนาคม 2561). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2136049.pdf>

ST: SAFE TREATMENT

1. Ettinger RL. Treatment Planning Concepts for the Ageing Patient. Aust Dent J. 2015;60 Suppl 1:71-85. doi: 10.1111/adj.12286
2. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017;140(3):1-72. doi: 10.1542/peds.2017-1904
3. International Organization for Standardization. ISO 3950:2016 Dentistry — Designation system for teeth and areas of the oral cavity [Internet]. 2016 [updated 2022; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.iso.org/standard/68292.html>
4. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for High Blood Pressure in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2020;324(18):1878-83. doi: 10.1001/jama.2020.20122
5. Malamed SF. Handbook of Local Anesthesia. 7th ed. Missouri: Elsevier; 2020.

6. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Drug Prescribing For Dentistry, Analgesic and Antibiotic Contra-indications and Cautions Supplement May 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.sdcep.org.uk/media/zewdoe0d/sdcep-prescribing-cautions-and-contraindications-supplement-may-2021.pdf>
7. Tsang K, Lau ES, Shazra M, Eyres R, Hansjee D, Smithard DG. A New Simple Screening Tool-4QT: Can It Identify Those with Swallowing Problems? A Pilot Study. *Geriatrics (Basel)*. 2020;5(1):11. doi: 10.3390/geriatrics5010011
8. กฎกระทรวง กำหนดชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่ จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 26 ก (ลงวันที่ 2 เมษายน 2558). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2037144.pdf>
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิธีใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/6XoiAvGJqVUT5cFeBbrEMQsWmBr8l1DP.pdf>
10. กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกทันตกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 2564 สิงหาคม 27; เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=4276
11. คณะกรรมการจัดทำรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/11/Y65-Manual01.pdf>
12. คณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 กุมภาพันธ์ 1]. เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/01/book_9.pdf
13. คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ, คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติด้านการคัดเลือกยาสาขาทันตกรรม. คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาที่ใช้ทางทันตกรรม Thai National Formulary 2016 Drugs used in Dentistry [อินเทอร์เน็ต]: กลุ่มนโยบายแห่งชาติด้านยา สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2559

[เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://host.noph.go.th/rdu/download/149/?tmstv=1678341468>

14. นัยนา ณีชนะนันท์, สุรชาติพย์ เอมเปรมศิลป์, บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, บรรณาธิการ. Guideline in Child Health Supervision [อินเทอร์เน็ต]: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://new.camri.go.th/_admin/file-content-downlaod/FM-1767-1632478892.pdf
15. ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง มาตรฐานรถทันตกรรม พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 116 ง (ลงวันที่ 31 พฤษภาคม 2564). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17203297.pdf>
16. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับฉลากบรรจุยา พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 61 ง (ลงวันที่ 16 มีนาคม 2565). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17204702.pdf>
17. สิริรัตน์ สุอำพัน, ชลธิศ ปาสาทิกา, บรรณาธิการ. คู่มือการใช้ยาทางทันตกรรมอย่างสมเหตุผล Rational Drug Use in Dentistry [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; [เข้าถึงเมื่อ 2566 กุมภาพันธ์ 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/wp-content/uploads/2022/11/file_1_0852.pdf
18. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Guideline%20for%20Ischemic%20Heart%20Disease%2020104.pdf

SI: SAFE INFECTION CONTROL

1. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Statement on Reprocessing Dental Handpieces [Internet]. 2018 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/statement-on-reprocessing-dental-handpieces.htm>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. [Internet]. 2003 [updated 2019 July; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003. *MMWR* [Internet]. 2003 [cited 2022 October 1]; 52(RR-17):1-66. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5217.pdf>

4. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic [Internet]. 2022 [cited 2022 October 1]. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Fdental-settings.html#print
5. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations from the Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003 [Internet]. 2016 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/pdf/recommendations-excerpt.pdf>
6. Centers for Disease Control and Prevention, Infection Control Africa Network. Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities in Resource-Limited Settings [Internet]. 2019 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>
7. National Health Service. COVID-19: infection prevention and control dental appendix [Internet]. 2020 [updated 2021 January 21; cited 2022 October 1]. Available from: https://www.scottishdental.org/wp-content/uploads/2021/06/Infection_prevention_and_control_guidance_Dental_appendix_.pdf
8. National Health Service Scotland. Standard Operating Procedures for Dental Teams in Scotland (COVID-19) [Internet]. 2021 [updated 2021 December 20; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.scottishdental.org/wp-content/uploads/2021/12/COVID-19-Moving-Towards-Routine-Dental-Care-Updated-SOP-December-2021.pdf>
9. Rutala WA, J. WD, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2008 [updated 2019 May; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/>
10. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [updated 2019 July; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
11. กฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 26 ก (ลงวันที่ 2 เมษายน 2558). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2037143.pdf>
12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิธีใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/6XoiAvGJqVUT5cFeBbrEMQsWmRx8l1DP.pdf>
13. กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกทันตกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 2564 สิงหาคม 27; เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=4276
14. คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แนวปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกทันตกรรม (ฉบับปี พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/2465/file_2_0642.pdf
15. คณะอนุกรรมการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://moph.cc/VQCRG77gC>
16. ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 125 ง (ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2548). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/179124.pdf>
17. ราชัน อัมพรอร่ามเวช. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

SR: SAFE RECORD

1. การกำหนดอายุการเก็บแฟ้มประวัติผู้ป่วยและใบสั่งยา. หนังสือสำนักงานรัฐมนตรี ที่ นร 1002/ว8 (ลงวันที่ 31 มีนาคม 2530). เข้าถึงได้จาก: <https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTEROPM/DRAWER01/GENERAL/DATA0002/00002594.PDF>
2. การขอลดอายุการเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. หนังสือสำนักงานรัฐมนตรี ที่ นร 0106/74 (ลงวันที่ 12 มกราคม 2558). เข้าถึงได้จาก: [https://opm.go.th/opmportal/multimedia/panidapa/File/matters%20for%20consultation/Collaboration_\(10\).PDF](https://opm.go.th/opmportal/multimedia/panidapa/File/matters%20for%20consultation/Collaboration_(10).PDF)

3. ทันตแพทยสภา. PDPA กับการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/Pages/PDPA>
4. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก (ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2562). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17082307.pdf>
5. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 115 ตอนที่ 15 ก (ลงวันที่ 24 มีนาคม 2541). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/1694159.pdf>
6. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก (ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/211416.pdf>
7. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. PDPA - MOPH [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://pdpa.moph.go.th/pdpa/law_ops.php

SO: SAFE OCCUPATION

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003. MMWR [Internet]. 2003 [cited 2022 October 1]; 52(RR-17):1-66. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5217.pdf>
2. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations from the Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003 [Internet]. 2016 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/pdf/recommendations-excerpt.pdf>
3. Occupational Safety and Health Administration. Hepatitis B Vaccination Protection [Internet]. 2011 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/bbfact05.pdf>
4. กฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 26 ก (ลงวันที่ 2 เมษายน 2558). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2037143.pdf>
5. กฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 16 ก (ลงวันที่ 4 มีนาคม 2564). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17159462.pdf>
6. กฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนที่ 52 ก (ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2548). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/166141.pdf>

7. กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบบันทึกการตรวจมาตรฐานคลินิกทันตกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [ปรับปรุงเมื่อ 2564 สิงหาคม 27; เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=4276
8. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (HB) ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1641720210104092850.pdf>
9. คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แนวปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกทันตกรรม (ฉบับปี พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/2465/file_2_0642.pdf
10. คณะทำงานพัฒนาแนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Publication/Attach/25650201111409AM_Medical%20Examination%201-02-2022%20final.pdf

RM: RISK MANAGEMENT

1. Kalenderian E, Obadan-Udoh E, Maramaldi P, Etolue J, Yansane A, Stewart D, et al. Classifying Adverse Events in the Dental Office. J Patient Saf. 2021;17(6):e540-e56. doi: 10.1097/pts.0000000000000407
2. Kalenderian E, Walji MF, Fitall E, Hall KK, Gale B. Adverse Events in Dentistry [Internet]. Patient Safety Network; 2020 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/adverse-events-dentistry>
3. Obadan EM, Ramoni RB, Kalenderian E. Lessons Learned from Dental Patient Safety Case Reports. J Am Dent Assoc. 2015;146(5):318-26.e2. doi: 10.1016/j.adaj.2015.01.003
4. Patient Safety Network. Adverse Events, Near Misses, and Errors [Internet]. 2019 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primer/adverse-events-near-misses-and-errors>
5. งานบริหารความเสี่ยง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. การบริหารความเสี่ยง (Risk management) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.r0ama.mahidol.ac.th/risk_mgt/th/article/03212017-1509

เอกสารอ้างอิงภาคผนวก

ภาคผนวก 1

1. การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0202.4.1/ว724 (ลงวันที่ 29 กันยายน 2560). เข้าถึงได้จาก: <https://www.tm.mahidol.ac.th/legal/sites/default/files/303.pdf>
2. คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (Thai Dental Safety Goals) จังหวัดสกลนคร. คู่มือตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/dental/common_form_upload_file/20160518132400_1709494100.pdf

ภาคผนวก 2

1. คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (Thai Dental Safety Goals) จังหวัดสกลนคร. คู่มือตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/dental/common_form_upload_file/20160518132400_1709494100.pdf

ภาคผนวก 3

1. คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (Thai Dental Safety Goals) จังหวัดสกลนคร. คู่มือตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/dental/common_form_upload_file/20160518132400_1709494100.pdf

ภาคผนวก 4

1. คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (Thai Dental Safety Goals) จังหวัดสกลนคร. คู่มือตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/dental/common_form_upload_file/20160518132400_1709494100.pdf

ภาคผนวก 5

1. Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, Carlson ER, Ward BB, Kademani D. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws-2022 Update. J Oral Maxillofac Surg. 2022;80(5):920-43. doi: 10.1016/j.joms.2022.02.008
2. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Management of Dental Patients Taking Anticoagulants or Antiplatelet Drugs, Dental Clinical Guidance. 2nd ed [Internet]. 2022 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.sdcep.org.uk/media/ypnl2cpz/sdcep-management-of-dental-patients-taking-anticoagulants-or-antiplatelet-drugs-2nd-edition.pdf>
3. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Management of Dental Patients Taking Anticoagulants or Antiplatelet Drugs, Quick Reference Guide [Internet]. 2022 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.sdcep.org.uk/media/imrflqss/sdcep-anticoagulants-quick-reference-guide-2nd-edition.pdf>
4. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Oral Health Management of Patients at Risk of Medication-related Osteonecrosis of the Jaw, Dental Clinical Guidance [Internet]. 2017 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.sdcep.org.uk/media/m0ko0ngg/sdcep-oral-health-management-of-patients-at-risk-of-mronj-guidance-full.pdf>
5. United Kingdom Chemotherapy Board. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: Guidance for the Oncology Multidisciplinary Team [Internet]. 2019 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/medication-related-osteonecrosis-jaw-guidance-oncology-multi-disciplinary-team>
6. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 182 ง (ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2565). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17217217.pdf>

ภาคผนวก 6

1. คณะกรรมการดำเนินงานคลินิกทันตกรรมคุณภาพ (Thai Dental Safety Goals) จังหวัดสกลนคร. คู่มือตามแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/dental/common_form_upload_file/20160518132400_1709494100.pdf

ภาคผนวก 7

1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [updated 2019 July; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infection-control/guidelines/isolation/index.html>
2. คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์ คຸ້ມກອງຜູ້ບຣິໂກດທາງทันตกรรม และพัฒนาระบบคุณภาพบริการ คณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 7 (พ.ศ. 2556-2559). แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/UI8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqiAOKj.pdf>
3. รัชนิ อัมพรอร่ามเวช. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

ภาคผนวก 8

1. Centers for Disease Control and Prevention. When and How to Wash Your Hands [Internet]. 2022 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/handwashing/when-how-handwashing.html>
2. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ 7 ท่า [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/7-steps-to-handwashing/>

ภาคผนวก 9

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. [Internet]. 2003 [updated 2019 July; cited 2022 October 1].

Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>

2. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003. MMWR [Internet]. 2003 [cited 2022 October 1]; 52(RR-17):1-66. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5217.pdf>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Implementing Filtering Facepiece Respirator (FFR) Reuse, Including Reuse after Decontamination, When There Are Known Shortages of N95 Respirators [Internet]. 2020 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html#:~:text=Decrease%20in%20N95%20FFR%20fit%20and%20filtration%20performance&text=This%20means%20that%20an%20N95,times%20under%20crisis%20capacity%20strategies>
4. Centers for Disease Control and Prevention, Infection Control Africa Network. Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities in Resource-Limited Settings [Internet]. 2019 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>
5. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [updated 2019 July; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infection-control/guidelines/isolation/index.html>
6. คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แนวปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกทันตกรรม (ฉบับปี พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/2465/file_2_0642.pdf
7. คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์ คຸ້ມກອງຜູ້ບຣິໂກດທາງทันตกรรม และพัฒนาระบบคุณภาพบริการ คณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 7 (พ.ศ. 2556-2559). แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/UI8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqiAOKj.pdf>
8. รัชนิ อัมพรอร่ามเวช. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

9. สุวรรณชัย วัฒนาอิงเจริญชัย, อภิชาติ วชิรพันธ์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thainapci.org/2021/wp-content/uploads/2021/01/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%9B%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%9B%E0%B8%B1%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%9A%E0%B8%84%E0%B8%B8.pdf>

ภาคผนวก 10

- Centers for Disease Control and Prevention. Doffing PPE: Remove the N95 Respirator [Internet]. 2014 [cited 2022 October 1]. Available from: https://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/ppe-training/n95respirator_gown/doffing_17.html
- Centers for Disease Control and Prevention. Donning PPE: Put on N95 Respirator [Internet]. 2014 [cited 2022 October 1]. Available from: https://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/ppe-training/n95respirator_gown/donning_09.html
- Centers for Disease Control and Prevention. Sequence for Putting On Personal Protective Equipment (PPE) and How to Safely Remove Personal Protective Equipment (PPE) [Internet]. [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppe-sequence.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. Filtering out Confusion: Frequently Asked Questions about Respiratory Protection, User Seal Check. DHHS (NIOSH) Publication 2018–130 [Internet]. 2018 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://doi.org/10.26616/NIOSH PUB2018130>

ภาคผนวก 11

- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003. MMWR [Internet]. 2003 [cited 2022 October 1]; 52(RR-17):1-66. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5217.pdf>

- คณะกรรมการศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์ คัดกรองผู้บริโภคทางทันตกรรม และพัฒนาระบบคุณภาพบริการ คณะกรรมการทันตแพทย์สภา วาระที่ 7 (พ.ศ. 2556-2559). แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/Ul8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqjAOkJj.pdf>
- รัชนี อัมพรอร่ามเวทย์. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

ภาคผนวก 12

- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. [Internet]. 2003 [updated 2019 July; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003. MMWR [Internet]. 2003 [cited 2022 October 1]; 52(RR-17):1-66. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5217.pdf>
- Ling ML, Ching P, Widadaputra A, Stewart A, Sirijindadirat N, Thu LTA. APSIC Guidelines for Disinfection and Sterilization of Instruments in Health Care Facilities. Antimicrob Resist Infect Control. 2018;7:25. doi: 10.1186/s13756-018-0308-2
- Pankhurst CL, Coulter WA. Basic Guide to Infection Prevention and Control in Dentistry. 2nd ed. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2017.
- Rutala WA, J. WD, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2008 [updated 2019 May; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/>
- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [updated 2019 July; cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

7. คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แนวปฏิบัติการควบคุม การติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกทันตกรรม (ฉบับปี พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/2465/file_2_0642.pdf
8. คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์ คຸ້ມຄອງຜູ້ບຣິໂກທຳ ທັນຕຣຣມ ແລະ ພັດທະນາລະບົບຄຸນຄາບຣິກຣ ມະກຣມການທັນຕຣຣມສາ ວາຣະທີ່ 7 (พ.ศ. 2556-2559). แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันต- กรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: [https://dentalcouncil.or.th /upload/files/Ul8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqjAOKj.pdf](https://dentalcouncil.or.th/upload/files/Ul8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqjAOKj.pdf)
9. รัชณี อัมพรอร่ามเวทย์. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

ภาคผนวก 13

1. Galloro G. Setting the record straight on infection prevention and control. The facts about steam chemical indicators. Milestones. 2017(3):8-10. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cdho.org/docs/default-source/pdfs/reference/guidelines/steam-chemical-indicators.pdf>
2. International Organization for Standardization. ISO 11140-1:2014 Sterilization of health care products — Chemical indicators — Part 1: General requirements [Internet]. 2014 [updated 2021; cited 2023 February 5]. Available from: <https://www.iso.org/standard/55080.html>

ภาคผนวก 14

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities. [Internet]. 2003 [updated 2019 July; cited 2022 October 1]. Available from: [https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines /environmental/index.html](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings — 2003. MMWR [Internet]. 2003 [cited 2022 October 1]; 52(RR-17):1-66. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5217.pdf>
3. Centers for Disease Control and Prevention, Infection Control Africa Network. Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities in Resource-Limited Settings [Internet]. 2019

[cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html>

4. Rutala WA, J. WD, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2008 [updated 2019 May; cited 2022 October 1]. Available from: [https://www.cdc.gov/infection control/guidelines/disinfection/](https://www.cdc.gov/infection-control/guidelines/disinfection/)
5. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [updated 2019 July; cited 2022 October 1]. Available from: [https://www.cdc.gov/infection control/guidelines/isolation/index.html](https://www.cdc.gov/infection-control/guidelines/isolation/index.html)
6. คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แนวปฏิบัติการควบคุม การติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกทันตกรรม (ฉบับปี พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/2465/file_2_0642.pdf
7. คณะทำงานศึกษาและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยทางทันตกรรม คณะอนุกรรมการส่งเสริมจรรยาบรรณของทันตแพทย์ คຸ້ມຄອງຜູ້ບຣິໂກທຳ ທັນຕຣຣມ ແລະ ພັດທະນາລະບົບຄຸນຄາບຣິກຣ ມະກຣມການທັນຕຣຣມສາ ວາຣະທີ່ 7 (พ.ศ. 2556-2559). แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันต- กรรม Dental Safety Goals & Guidelines 2015 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: [https://dentalcouncil.or.th /upload/files/Ul8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqjAOKj.pdf](https://dentalcouncil.or.th/upload/files/Ul8eRFhGrVL0tasQ6w9S45vmcqjAOKj.pdf)
8. รัชณี อัมพรอร่ามเวทย์. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

ภาคผนวก 15

1. รัชณี อัมพรอร่ามเวทย์. ไปโอฟิล์มในระบบน้ำของยูนิตทันตกรรม. ว. ทันต. 2551;58(1):9-17. เข้าถึงได้จาก: [https://www.jdat.org/dentaljournal /th/journal/view/2008RV1002](https://www.jdat.org/dentaljournal/th/journal/view/2008RV1002)
2. รัชณี อัมพรอร่ามเวทย์. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

ภาคผนวก 16

1. Australian Dental Association. Risk Management Principles for Dentistry, During the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2021 [cited 2022 October 1]. Available from: [https://www.ada.org.au/getdoc/d3eecaba-d0aa-4803-a7ea-89facae6f274/Risk-Management-Principles-for-Dentistry-\(1\).aspx](https://www.ada.org.au/getdoc/d3eecaba-d0aa-4803-a7ea-89facae6f274/Risk-Management-Principles-for-Dentistry-(1).aspx)
2. Guerrero Bernal CG, Reyes Uribe E, Salazar Flores J, Varela Hernández JJ, Gómez-Sandoval JR, Martínez Salazar SY, et al. Oral Antiseptics against SARS-CoV-2: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):1-14. doi: 10.3390/ijerph19148768
3. Silva A, Azevedo M, Sampaio-Maia B, Sousa-Pinto B. The Effect of Mouthrinses on Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Viral Load: A Systematic Review. *J Am Dent Assoc*. 2022;153(7):635-48.e16. doi: 10.1016/j.adaj.2021.12.007
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติทางทันตกรรมวิธีใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://dentalcouncil.or.th/upload/files/6XoiAvGJqVUT5cFeBbrEMQsWmRx8l1DP.pdf>

ภาคผนวก 17

1. Mushtaq MA, Khan MWU. An Overview of Dental Impression Disinfection Techniques - A Literature Review. *JPDA*. 2018;27(4): 207-12. เข้าถึงได้จาก: <https://www.jpda.com.pk/wp-content/uploads/2018/11/09-Update-Review-Article-An-Overview-of-Dental-Impression.pdf>
2. คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แนวปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกทันตกรรม (ฉบับปี พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/2465/file_2_0642.pdf
3. รัชนิ อัมพรอร่ามเวช. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

ภาคผนวก 18

1. Atkinson J, Chartier Y, Pessoa-Silva CL, Jensen P, Li Y, Seto WH. Natural Ventilation for Infection Control in Health-Care Settings [Internet]: World Health Organization; 2009 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143284/>

2. กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารเลขที่ ก.45/เม.ย./63 รายละเอียดคุณสมบัติเฉพาะอุปกรณ์ระบบปรับอากาศและระบายอากาศสำหรับห้องทันตกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://dcd.hss.moph.go.th/web/attachments/article/459/110221_075906.pdf
3. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ภาคผนวกการจัดระบบอากาศในคลินิกทันตกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaidental.or.th/main/download/upload/upload-206271727312478.pdf>
4. ธัญจิรา เตชะสนธิชัย, วรภัทร์ อิงค์โรจน์ฤทธิ์. ประสิทธิภาพการระบายอากาศเพื่อควบคุมการติดเชื้อในห้องตรวจทันตกรรม. *สารศาสตร์*. 2561;2:229-39. เข้าถึงได้จาก: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/sarasatr/article/download/122009/100812/356928>
5. รัชนิ อัมพรอร่ามเวช. คุณภาพอากาศในคลินิกทันตกรรม. *ว ทันต*. 2560;67(1):1-14. เข้าถึงได้จาก: <https://www.jdat.org/dentaljournal/th/journal/view/2017RV0007>

ภาคผนวก 19

1. Australian Dental Association. ADA Guidelines for Amalgam Waste Management [Internet]. 2021 [cited 2022 October 1]. Available from: <https://www.ada.org.au/Guidelines-for-Amalgam-Waste-Management-Doc.aspx>
2. California Dental Association. Amalgam Waste Best Management Practices [Internet]. 2010 [cited 2022 October 1]. Available from: https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/policy_statements/amalgam_waste_bmps.pdf
3. United Nations Environment Programme. Minamata Convention on Mercury - Text and Annexes [Internet]. 2019 [cited 2023 February 14]. Available from: <https://www.mercuryconvention.org/sites/default/files/2021-06/Minamata-Convention-booklet-Sep2019-EN.pdf>
4. กฎกระทรวง การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนที่ 88 ก (ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2563). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17149017.pdf>
5. กฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนที่ 26 ก (ลงวันที่ 2 เมษายน 2558). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2037143.pdf>
6. กฎกระทรวง ว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 86 ก (ลงวันที่ 5 กันยายน 2545). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/99809.pdf>

7. กฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 44 ก (ลงวันที่ 19 เมษายน 2560). เข้าถึงได้จาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/2104284.pdf>
8. คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แนวปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกทันตกรรม (ฉบับปี พ.ศ. 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: http://www.dent.chula.ac.th/upload/news/2465/file_2_0642.pdf
9. คณะทำงานจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะมูลฝอย. แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะมูลฝอย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1214120220106043615.pdf>
10. นันทมนัส แยมบุตร, พงศธร จินตกานนท์, ปริญญา มานจำ, กันยา ฤทธิ์อ้อม, ธนิษฐา หอมสุวรรณ, วาสนี เกียรติอดิสร และคณะ. แนวทางการลดการใช้อะมัลกัมในคลินิกทันตกรรม Guideline for Amalgam Phase Down in Dental Clinic [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=93409&mid=35799&mkey=m_document&lang=th&did=28666
11. รัชนี อัมพรอร่ามเวทย์. การควบคุมการติดเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อทางทันตกรรม (ฉบับปรับปรุง) Infection Control and Sterilization in Dentistry (2nd edition). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2562.

ภาคผนวก 20

1. คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. ใบยินยอมจากผู้ป่วยสำหรับการเผยแพร่ภาพและข้อมูล สำหรับลงเผยแพร่ในเวชสารหรือวารสารทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2565 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: <https://ecvcrphuket.weebly.com/>

คณะผู้จัดทำ

คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2015 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

1. ทันตแพทย์ชุมพล	ชมะโชติ	ที่ปรึกษา
2. ทันตแพทย์หญิงกุลยา	รัตนปรีดากุล	ที่ปรึกษา
3. ทันตแพทย์วิวัฒน์	ฉัตรวงศ์วาน	ประธาน
5. ทันตแพทย์หญิงแพรวไพลิน	สมพิร์วงศ์	ผู้ทำงาน
4. ทันตแพทย์ภวัค์	ตั้งทางธรรม	ผู้ทำงาน
6. ทันตแพทย์หญิงรมณีย์	ขัดเงางาม	ผู้ทำงาน
7. ทันตแพทย์หญิงรัชนี	อัมพรอร่ามเวทย์	ผู้ทำงาน
8. ทันตแพทย์หญิงลลิตา	องค์ขวลิต	ผู้ทำงาน
9. ทันตแพทย์วรวิทย์	สกุลไทย	ผู้ทำงาน
10. ทันตแพทย์หญิงสายทิพย์	สิวรกานต์	ผู้ทำงาน
11. ทันตแพทย์สุวิทย์	ไทยธรรมยานนท์	ผู้ทำงาน
12. ทันตแพทย์หญิงอภิญญา	กุลวีระอารีย์	ผู้ทำงาน
13. ทันตแพทย์คมสัน	ลาภาอุตย์	ผู้ทำงาน
14. ทันตแพทย์นพ	พรตระกูลเสรี	ผู้ทำงาน
15. ทันตแพทย์พิสุทธิ	อำนวยพาณิชย์	ผู้ทำงานและเลขานุการ

คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยบริการทางทันตกรรม ภายใต้คณะกรรมการทันตแพทยสภา วาระที่ 10

1. แพทย์หญิงปิยวรรณ	ลี้มปัญญาเลิศ	ที่ปรึกษา
2. นายแพทย์ไพโรจน์	สุรัตนวิช	ที่ปรึกษา
3. ทันตแพทย์อดิเรก	ศรีวัฒนาวงษา	ที่ปรึกษา
4. ทันตแพทย์อรรถพร	ลี้มปัญญาเลิศ	ที่ปรึกษา
5. ทันตแพทย์ชุมพล	ชมะโชติ	ประธาน
6. พันเอกหญิง จอมขวัญ	แสงบัวแก้ว	อนุกรรมการ
7. ทันตแพทย์จิรศักดิ์	ทิพย์สุนทรชัย	อนุกรรมการ
8. ทันตแพทย์เจียรชัย	วงศ์สวัสดิ์	อนุกรรมการ
9. ทันตแพทย์ประจักษ์	จริยพงศ์ไพบูลย์	อนุกรรมการ
10. ทันตแพทย์พรศักดิ์	ต้นตাপกุล	อนุกรรมการ
11. ทันตแพทย์หญิงแพรวไพลิน	สมพิร์วงศ์	อนุกรรมการ
12. ทันตแพทย์หญิงภารณ์	ชวาลวุฒิ	อนุกรรมการ
13. ทันตแพทย์วัฒนะ	ศรีวัฒนา	อนุกรรมการ
14. ทันตแพทย์วิทยา	ยินดีเดช	อนุกรรมการ
15. ทันตแพทย์วิวัฒน์	ฉัตรวงศ์วาน	อนุกรรมการ
16. ทันตแพทย์วีระ	อิสระธานันท์	อนุกรรมการ
17. ทันตแพทย์สิทธิพร	กาญจนพล	อนุกรรมการ
18. ทันตแพทย์หญิงสุนา	โพธิ์ศรีทอง	อนุกรรมการ
19. ทันตแพทย์สุรียน	จूरตนกร	อนุกรรมการ
20. ทันตแพทย์หญิงอภิญญา	กุลวีระอารีย์	อนุกรรมการ
21. ทันตแพทย์วรวิทย์	สกุลไทย	อนุกรรมการและเลขานุการ
22. พันตรี ธนศักดิ์	ถัมภ์บรรทุ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม ตามคำสั่งกรมการแพทย์ที่ 483/2566 สังกัด วันที่ 13 กรกฎาคม 2566

1. นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตนวนิช ประธาน
รองอธิบดีกรมการแพทย์
2. ทันตแพทย์หญิงสุนา โพธิ์ศรีทอง รองประธาน
ผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
3. ทันตแพทย์ชุมพล ชมะโชติ กรรมการ
กรรมการทันตแพทยสภา
4. ทันตแพทย์วิวัฒน์ ฉัตรวงศ์วาน กรรมการ
กรรมการทันตแพทยสภา
5. ผู้แทนสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กรรมการ
6. ผู้แทนราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย กรรมการ
7. ทันตแพทย์บุญวรรณ กล่อมจิตต์ กรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการ กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
8. ทันตแพทย์หญิงดลฤดี ชุมภูรัตน์ กรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
9. ทันตแพทย์วีระ อิศระธำนันท์ กรรมการ
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย
10. ทันตแพทย์หญิงภาณี ขวาลวุฒิ กรรมการ
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตกรรม) โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
11. ทันตแพทย์วัฒนะ ศรีวัฒนา กรรมการ
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
12. นางสาวจรรุวรรณ สวาสดีกลิ่น
ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
13. ทันตแพทย์หญิงวรารัตน์ ใจชื่น
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตสาธารณสุข) กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

14. ทันตแพทย์คมสัน ลาภาอุทัย กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
15. ทันตแพทย์หญิงภัทรมน รัตนพันธุ์ กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
16. ทันตแพทย์หญิงสดี วิโรจน์ศักดิ์ กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
17. ทันตแพทย์เทอดศักดิ์ อุดศรี กรรมการ
ผู้แทนทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
18. พันเอก ธนกฤต นพคุณวิชัย กรรมการ
นายทหารปฏิบัติการ ประจำกรมแพทย์ทหารบก
19. ทันตแพทย์หญิงอภิญญา กุลวีระอารีย์ กรรมการ
ทันตแพทย์ภาคเอกชน
20. ทันตแพทย์หญิงรัชนิกร สาวิสิทธิ์ กรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลช้างสูง จังหวัดขอนแก่น
21. ทันตแพทย์หญิงอนอง มั่งคั่ง กรรมการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม) สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
22. ทันตแพทย์หญิงสายทิพย์ ลีวรกานต์ กรรมการและเลขานุการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม) สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
23. ทันตแพทย์พิสุทธิ์ อำนาจพาณิชย์ กรรมการและเลขานุการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม) โรงพยาบาลกะป้อ จังหวัดปัตตานี
24. ทันตแพทย์หญิงแพรวไพลิน สมพิร์วงศ์ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตกรรม) สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์



เกณฑ์ประเมินมาตรฐานคุณภาพ
และความปลอดภัยบริการทันตกรรม 2567

THAI DENTAL CLINIC ACCREDITATION STANDARD 2024

ร่วมกันพัฒนาคุณภาพทันตกรรม

LINE: TDCA



มาตรฐานหน่วยงาน ผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

1. บริบท (Cortex)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟู ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลตาม มาตรฐานวิชาชีพอย่างถูกต้อง ปลอดภัย ต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่ม PC OCC IMC เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข. ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลตลอด 24 ชม. ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค ทุกเพศ ทุกช่วงอายุ โดยมีเตียงรับผู้ป่วยทั้งสิ้น 30 เตียง แบ่งเป็นรับผู้ป่วยสามัญ 20 เตียง ห้องพิเศษ 4 ห้อง ห้องพิเศษรวม 1 ห้อง 3 เตียง ห้องModifile AIIR 1 ห้องแยกเชื้อ 1 ห้อง 2 เตียง มินิธัญญารักษ์ 3 เตียง เตียงเด็ก มารดาหลัง คลอด 3 เตียง กรณีเกินขีดความสามารถมีระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมทั้งมีการรับส่ง ต่อจากโรงพยาบาลตติยภูมิเพื่อดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยที่ต้องมา รับยา Antibiotic ให้ครบ รวมทั้งรับส่งต่อจาก รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบ

กลุ่มโรคสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่

1. โรคเสี่ยงสูง: Stemi Stroke
2. โรคติดเชื้อ: TB Sepsis covid-19 ติดเชื้อดื้อยา
3. โรคและภาวะแทรกซ้อนจากอุบัติเหตุ: Head injury
4. โรคเรื้อรัง: DM HT COPD CA
5. กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุติดเตียง, CKD stage 5

ปฏิเสธการฟอกไต, โรคระบบทางเดินหายใจ(COPD /Pneumonia)

6.กลุ่มผู้ป่วย IMC

7. กลุ่มผู้ป่วยสารเสพติด / สุขภาพจิต

ค. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ คือ ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ต่อเนื่อง พึงพอใจ

2. กระบวนการสำคัญ ตามมาตรฐานหน่วยงาน (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.มาตรฐานงานการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	1.อุบัติการณ์ระบุตัวผู้ป่วยผิดคน รักษาผิดคน รักษาซ้ำ 2.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมของเครื่องมือ / อุปกรณ์

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	3.อุบัติการณ์/ข้อร้องเรียนความไม่พึงพอใจ ในระบบบริการ ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
2.มาตรฐานหน่วย.การประเมินผู้ป่วย 1.1 การซักประวัติ 1.2 การตรวจร่างกาย 1.3 การประเมินอาการ และอาการแสดง แบ่งโซนการดูแลผู้ป่วย 1.4 การตรวจขั้นสูตร 1.5 การบันทึกข้อมูลเวชระเบียน	4.อัตราการเสียชีวิตลดลง 5.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถส่งต่อได้ทัน -อุบัติการณ์การประเมินผู้ป่วยแรกรับผิดพลาด -อุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤต ไม่ได้รับการประเมินอาการ / อาการแสดงทันที -อุบัติการณ์การประเมินผู้ป่วย Stroke STEMI Sepsis ผิดพลาด -อัตราผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต -อัตราการเกิดแผลกดทับ -อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียน
3. มาตรฐานงานการวางแผนการดูแล 3.1การวางแผนดูแลผู้ป่วย -ผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ Sepsis ,Ac MI -ผู้ป่วยทั่วไป 3.2 การวางแผนจำหน่ายมีการวางแผนจำหน่ายตามหลัก Method เน้นผู้ป่วย Case Stroke ,COPD , TB, PC	1.อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษา ล่าช้า 2. การวางแผนการพยาบาลโดย ใช้กระบวนการพยาบาล ครบคลุม 3.ผู้ป่วยหยุดหายใจได้รับการดูแลได้รับการ CPR ภายใน 4 นาที 4.ร้อยละผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม CPG 5.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์ / เครื่องมือ 6. ร้อยละของผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอน รพ.(DM เกิด Coma จาก Hypo / Hyperglycemia, COPD เกิด

กระบวนการสำคัญ (Key Processes)	Respiratory Failure) 7. ผู้ป่วย เกิดภาวะ Stroke ขณะดูแลได้รับการประเมินและช่วยเหลือทันที 9.อัตราการติดเชื้อใน รพ.ระบบทางเดินปัสสาวะ 10.อัตราการเกิดแผลกดทับ 11. อัตราการ Re – Admit ภายใน 28 วัน สาเหตุจากการไม่รู้วิธีปฏิบัติตัว 12.คะแนนความพึงพอใจ ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
4. มาตรฐานงานการดูแลรักษา 4.1 การดูแลทั่วไป -การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 4.2 การให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง 4.3 การดูแลเฉพาะดูแลแบบประคับประครอง,ระยะสุดท้าย	1. อุบัติการณ์การรักษาผิดพลาด 2. จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่ได้วางแผน 3. อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา/เลือด/สารน้ำ 4. อุบัติการณ์ติดเชื้อจากการดูแล รักษา 5. อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 6. อัตราการลื่นตกหกล้ม 7. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแล ตามแนวทาง 8.ข้อร้องเรียนด้านการละเมิดสิทธิ 9.จำนวนไม่สมัครใจรับการรักษา จากความไม่พึงพอใจ 10. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย 11.อัตราการที่ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย
5. มาตรฐานงานการประเมินซ้ำ	1.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะ admit 2.ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจากการไม่ประเมินซ้ำ 3. อุบัติการณ์การตายโดยไม่ได้ วางแผน

6.มาตรฐานงานกิจกรรมชุมชน	1. อัตราความสมบูรณ์ของบันทึก ทางกร พยาบาล 2. อัตราข้อร้องเรียนในหน่วยงาน 3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
7. มาตรฐานงานการจำหน่ายและ การดูแลต่อเนื่อง	1. ผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน 2. อัตราการReadmit ใน 28 วัน 3.ผู้ป่วยเรื้อรังและมีปัญหา สุขภาพได้รับ การส่งต่อ HHC