

ภาคผนวก ก

รายงานผู้ป่วยในการสอบเพื่ออนุมัติบัตร/วุฒิบัตรเพื่อเป็นผู้ชำนาญการในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก พ.ศ. ๒๕๖๗

ส่วนที่ 1 ประเภทของผู้ป่วย

รายงานผู้ป่วยที่ผู้สมัครสอบนำมาสอบทุกรายจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ผู้สมัครสอบให้การรักษาแบบทันตกรรม
พร้อมมูล (Comprehensive treatment) ในผู้ป่วยเด็ก (แรกเกิดถึง 18 ปี) จนเสร็จสมบูรณ์ และอยู่ในระยะคงสภาพ
รายงานผู้ป่วยนี้ต้องแสดงถึงผลสำเร็จในการรักษาและมีได้ใช้สอบเพื่อสำเร็จทางการศึกษาใด ๆ

ผู้ป่วยที่นำมาเสนออาจเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อน หรือยังไม่เคยได้รับการรักษา
มาก่อนเลยก็ได้ แต่ผู้สอบจะต้องให้การซักประวัติ ตรวจทางคลินิก ภาพรังสี (ตามเกณฑ์มาตรฐานสากล) ให้การวินิจฉัย
และการรักษาแบบทันตกรรมพร้อมมูลจนแล้วเสร็จ และติดตามผลการรักษา

ประเภทของผู้ป่วย

ผู้สมัครสอบต้องส่งรายงานผู้ป่วยทันตกรรมพร้อมมูล 3 ประเภท ประกอบด้วย

1. การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีการจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา 1 ราย
2. การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลจากผู้ป่วย 5 ประเภท (รายละเอียดด้านท้าย) อีก 2 ราย โดยไม่ซ้ำ
ประเภท

1. การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีการจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา 1 ราย

การนำเสนอรายงานการรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูล โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นฟันน้ำนมหรือฟันชุดผสม (mixed dentition) ที่มีรอยผุอย่างน้อย 3 sextants ทั้งนี้ต้องมีรอยผุ
ด้านประชิด (proximal caries) ของฟันหลัง อย่างน้อย 1 sextant
2. มีการบูรณะฟันผุด้านประชิดประเภท Class II ในฟันกรามน้ำนม ที่มีรอยผุถึงชั้นเนื้อฟันและ/ หรือมีการ
แตกของผิวเคลือบฟัน และมีจุดสัมผัสกับฟันข้างเคียง (proximal contact) อย่างน้อย 1 ซี่
3. มีการจัดการฟันกรามน้ำนมผุในระดับลึกใกล้เนื้อเยื่อในด้วยวิธี vital pulp therapy และบูรณะอย่าง
ถาวร อย่างน้อย 1 ซี่
4. มีการรักษาเนื้อเยื่อในของฟันกรามน้ำนมชนิด pulpectomy และได้รับการบูรณะอย่างเหมาะสม อย่าง
น้อย 1 ซี่
5. กรณีที่มีการบูรณะฟันหน้าร่วมด้วย ต้องเป็นการบูรณะฟันที่มีรอยผุเป็นรูถึงชั้นเนื้อฟัน หรือเป็นรู
6. มีการติดตามผลการรักษาภายหลังการรักษาโดยสมบูรณ์ อย่างน้อย 6 เดือน แต่ไม่เกิน 18 เดือน

ในกรณีที่ไม่สามารถหาผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะดังกล่าวได้อย่างครบถ้วน ผู้สอบสามารถนำเสนอผู้ป่วยเสริมได้อีกไม่เกิน 2 ราย โดยผู้สอบจะต้องให้การรักษาใน sextant นั้นด้วยตนเองให้สมบูรณ์และมีการติดตามผลอย่างน้อย 6 เดือน แต่ไม่เกิน 18 เดือน สำหรับผู้ป่วยเสริมแต่ละราย ให้ส่งรายงานผู้ป่วยไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A4 โดยให้นำเสนอเฉพาะ sextant ที่ต้องการส่งสอบเท่านั้น

หลักฐานประกอบรายงานผู้ป่วย

ต้องมีภาพรังสี bite wing ของฟันหลัง และ periapical view ของฟันที่ผิดปกติหรือทะลุเนื้อเยื่อใน (กรณีที่ไม่สามารถเห็นปลายรากฟันที่ฝังในฟิล์ม bite wing) ก่อนการรักษาและหลังการรักษาเสร็จสิ้นอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 18 เดือน

หากผู้สมัครสอบเสนอการบูรณะฟันด้านประชิดบริเวณฟันหน้าที่ผู้เป็นรูถึงชั้นเนื้อฟัน จะต้องมีภาพรังสี periapical ของฟันที่บูรณะทั้งก่อนการรักษาและหลังการรักษาเสร็จสิ้นไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และไม่เกิน 18 เดือน

2. การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลอีก 2 รายจากผู้ป่วย 5 ประเภท ดังต่อไปนี้

2.1 การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ

การนำเสนอรายงานการรักษาทันตกรรมพร้อมมูล ในผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษซึ่งผู้นำเสนอให้การรักษาด้วยตนเอง และแสดงให้เห็นว่ามีการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษที่แตกต่างจากเด็กปกติ ครอบคลุมการเตรียมผู้ป่วยก่อนรับการรักษา การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยตามความจำเป็น การจัดการกับสภาวะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย โดยจะต้องมีการบูรณะฟันอย่างน้อย 2 sextants ในผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เช่น ปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเคมีบำบัด/ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับรังสีบำบัดของศีรษะหรือใบหน้า moderate or severe intellectual disability, moderate or severe cerebral palsy, blind, deaf, Down syndrome, HIV, organ transplantation, hemophilia, thalassemia , biliary atresia, Bechet's syndrome, epidermolysis bullosa, Papillon-Lefèvre syndrome, Crouzon's syndrome, cleidocranial dysplasia, autistic spectrum disorder, amelogenesis imperfecta และ cyanotic cardiac anomaly และมีการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 18 เดือน

หมายเหตุ

กรณีที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษที่กล่าวมาแล้ว หรือไม่ได้กล่าวถึง และไม่ได้มีการจัดการที่แตกต่างจากเด็กปกติและไม่มีความจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ ไม่จัดอยู่ในข่ายประเภทนี้

หลักฐานประกอบรายงานผู้ป่วย

ต้องมีภาพรังสี bite wing ของฟันหลัง และ periapical view ของฟันที่ผิดปกติหรือทะลุเนื้อเยื่อใน (กรณีที่ไม่สามารถเห็นปลายรากฟันที่ฝังในฟิล์ม bite wing) ก่อนการรักษาและหลังการรักษาเสร็จสิ้นอย่างน้อย 6 เดือน และ

ไม่เกิน 18 เดือน พร้อมจดหมายจากแพทย์ หรือ medical record หรือ ประวัติสุขภาพจากทางโรงเรียนเพื่อแสดง ภาวะโรคประจำตัวของผู้ป่วย และการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยสรุป และภาพถ่ายสีใบหน้าตรงของผู้ป่วย (ควรมีการปิดบัง บริเวณที่ไม่ได้ใช้ในการวินิจฉัยหรือรักษาโรค เพื่อปกปิดตัวตนของผู้ป่วย) หากผู้ป่วยมี defect ที่เห็นได้ภายในช่อง ปาก เช่น เพดานโหว่ ต้องถ่ายภาพสีในช่องปากเพื่อแสดงความผิดปกตินั้น

2.2 การรักษาฟันที่ได้รับบาดเจ็บ

การนำเสนอรายงานการรักษาทันตกรรมพร้อมมูล ในฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บต่อฟัน และอวัยวะปริทันต์ ซึ่งผู้นำเสนอให้การรักษาดังแต่เบื้องต้นด้วยตนเอง

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อแสดงให้เห็นความรู้ความสามารถในประเด็นต่อไปนี้

- การจัดการตั้งแต่เบื้องต้นของการบาดเจ็บต่อฟันน้ำนมหรือฟันแท้ และอวัยวะปริทันต์ โดยให้การรักษา ต่อเนื่องจนปรากฏผลสำเร็จ รวมถึงการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 12 เดือน
- กรณีที่มีการบาดเจ็บของใบหน้าและขากรรไกรร่วมด้วย สามารถให้คำแนะนำ ให้การรักษาเบื้องต้น และ/หรือส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม
- กรณีที่ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยมาจากทันตแพทย์ท่านอื่น ผู้นำเสนอต้องให้การรักษาดังแต่เบื้องต้นแก่ ผู้ป่วยด้วยตนเองที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้

การบาดเจ็บต่อฟันน้ำนมหรือฟันแท้ และอวัยวะปริทันต์ที่อยู่ในเงื่อนไขการนำเสนอ

- กรณีที่เป็นการบาดเจ็บต่อฟันน้ำนม ต้องได้รับการรักษาเนื้อเยื่อในฟัน
- กรณีที่เป็นการบาดเจ็บต่อฟันแท้ ต้องได้รับการรักษาเนื้อเยื่อในฟันและ/หรือการใส่ฝือกฟัน

หมายเหตุ

1. กรณีที่ต้องมีการอุดรากฟันแท้ในขั้นตอนสุดท้าย ผู้เสนอไม่จำเป็นต้องให้การรักษาดด้วยตนเอง แต่ให้แสดง ภาพรังสีหลังการอุดคลองรากฟันด้วย
2. กรณีที่ได้รับบาดเจ็บต่อฟันแท้เป็นเวลานาน และมาเพื่อรักษาคคลองรากฟันแท้ ไม่สามารถส่งสอบได้
3. กรณีฟันที่ได้รับบาดเจ็บ ที่มีการเกิดอุบัติเหตุซ้ำภายหลังเสร็จสิ้นการรักษาครั้งแรก ถ้าการเกิดการบาดเจ็บซ้ำครั้งที่ 2 และไม่ได้มีการรักษาใดๆเพิ่มเติม ให้นำการติดตามผลการรักษาตามการเกิดอุบัติเหตุครั้งแรกที่ทำการรักษา แต่หากการเกิดการบาดเจ็บซ้ำครั้งที่ 2 มีการรักษาเพิ่มเติม ให้นำการติดตามผลการรักษาตามการเกิดอุบัติเหตุ ครั้งที่ 2

หลักฐานประกอบรายงานผู้ป่วย

ต้องมีภาพรังสีของการรักษาเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานสากล พร้อมด้วยภาพถ่ายสีของฟันที่ได้รับบาดเจ็บ ภายหลังการรักษาเสร็จสิ้นอย่างน้อย 12 เดือน และไม่เกิน 18 เดือน

2.3 ทันทกรรมจัดฟันเพื่อการป้องกัน

การนำเสนอรายงานผู้ป่วยทันตกรรมพร้อมมูลที่มีการสบฟันที่ผิดปกติ

ผู้สมัครสอบทำการแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือ active appliance ในฟันน้ำนมหรือฟันชุดผสม และมีการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 18 เดือน

หลักฐานประกอบรายงานผู้ป่วย

ต้องมีภาพรังสีเช่นเดียวกับข้อ 1 (การรักษาทันตกรรมพร้อมมูล ในผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีการจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา) และ มีภาพรังสี panoramic ก่อนการรักษา ภาพรังสี periapical view ของฟันที่ทำการรักษาทั้งก่อนและหลังการรักษา ภาพถ่ายสีคุณภาพดีของใบหน้าตรงและด้านข้างก่อนการรักษาและหลังการรักษา โดยใบหน้าของผู้ป่วย (ควรมีการปิดบังบริเวณที่ไม่ได้ใช้ในการวินิจฉัยหรือรักษาโรค เพื่อปกปิดตัวตนของผู้ป่วย) ภาพถ่ายในช่องปากและภาพถ่ายแบบจำลองฟันของขากรรไกรบน ขากรรไกรล่าง การสบฟันด้านหน้าและการสบฟันด้านข้างก่อนและหลังการรักษา ภาพถ่ายของเครื่องมือที่ใช้จัดฟัน หลักฐานภายหลังการรักษาต้องเป็นหลักฐานภายหลังการรักษาเสร็จสิ้นอย่างน้อย 6 เดือน (ให้วันวันสิ้นสุดการรักษาเมื่อสิ้นสุด active phase)

2.4 การรักษาทางปริทันต์

การนำเสนอรายงานผู้ป่วยทันตกรรมพร้อมมูลที่ได้รับการรักษาทางปริทันต์

ผู้สมัครสอบต้องให้การรักษาทางปริทันต์ด้วยตนเองเพื่อแก้ปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ localized periodontitis, mucogingival defects, acute necrotizing ulcerative gingivitis, surgical management of abnormal frenum attachment หรือ fibrous gingival hyperplasia และมีการติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 6 เดือนและไม่เกิน 18 เดือน

หลักฐานประกอบรายงานผู้ป่วย

ต้องมีภาพรังสีเช่นเดียวกับข้อ 1 (การรักษาทันตกรรมพร้อมมูล ในผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีการจัดการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา) และต้องมีภาพถ่ายสีในปากแสดงให้เห็นถึงบริเวณที่พบพยาธิสภาพของอวัยวะปริทันต์ที่ทำการรักษา และภาพรังสี periapical บริเวณที่มีพยาธิสภาพหรือบริเวณที่จะทำการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งก่อนการรักษาและหลังการรักษาเสร็จสิ้นอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 18 เดือน

2.5 การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลภายใต้การดมยาสลบหรือยาสงบประสาท

การนำเสนอรายงานผู้ป่วยทันตกรรมพร้อมมูลซึ่งมีข้อบ่งชี้ได้รับการรักษาภายใต้การดมยาสลบหรือยาสงบประสาท

ในกรณีที่เป็นการดมยาสลบ ต้องมีการบูรณะฟันในชุดฟันน้ำนมหรือฟันชุดผสม อย่างน้อย 2 sextants จะเป็นฟันหน้าหรือฟันหลังก็ได้และต้องได้รับการบูรณะฟันตามความเหมาะสม

ในกรณีใช้ยาสงบประสาทต้องเป็นการสงบประสาทระดับปานกลาง (moderate sedation) โดยต้องมีพื้นที่ได้รับการบูรณะไม่น้อยกว่า 2 ซี่

ผู้สมัครสอบต้องทำการรักษาด้วยตนเองและติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 6 เดือนและไม่เกิน 18 เดือน

หมายเหตุ กรณีใช้การสงบประสาทระดับต้นโดยการใช้ก๊าซไนตรัสออกไซด์/ออกซิเจนเพียงอย่างเดียวไม่เข้าเกณฑ์ในประเภทนี้

หลักฐานประกอบรายงานผู้ป่วย

ต้องมีภาพรังสี bite wing ของฟันหลังหากฟันประชิดกัน และ periapical ของฟันที่ผุสึกหรือทะลุเนื้อเยื่อใน (ในกรณีที่ไม่สามารถเห็นปลายรากฟันที่ผุในฟิล์ม bite wing) ทั้งก่อนการรักษาและหลังการรักษาเสร็จสิ้นอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 18 เดือน

หากผู้สมัครสอบเสนอการบูรณะฟันด้านประชิดในฟันหน้าจะต้องมีภาพรังสี periapical ของฟันที่บูรณะทั้งก่อนการรักษาและหลังการรักษาเสร็จสิ้นไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และไม่เกิน 18 เดือน นอกจากนี้ต้องมี pre-anesthetic evaluation record โดยแพทย์ consent form, anesthetic record หรือ sedation record ประกอบในรายงานผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 รายงานผู้ป่วย

ผู้สมัครสอบต้องจัดพิมพ์รายงานผู้ป่วยบนกระดาษ A4 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. หน้าปก ให้ใช้แบบฟอร์มที่กำหนด (เอกสารหมายเลข 1) โดยมีข้อมูลต่อไปนี้
 - 1.1. ชื่อ นามสกุลผู้สมัครสอบ
 - 1.2. วัน เดือน ปี ที่สมัครสอบ
 - 1.3. ประเภทของผู้ป่วย
 - 1.4. วัน เดือน ปี ที่เริ่มการรักษา วัน เดือน ปี ที่รักษาเสร็จสมบูรณ์ และระยะเวลาที่ติดตามผล
 - 1.5. คำรับรองการเป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วย

หมายเหตุ นอกจากบนหน้าปกแล้วจะต้องไม่มีชื่อของผู้สมัครสอบ/สถาบันในที่อื่นใดอีกเพื่อความเป็นปณัยในการให้คะแนน

2. บันทึกสรุปการรักษาและหลักฐานประกอบ ตามประเภทของผู้ป่วย (เอกสารหมายเลข 2-8)
3. ประวัติของผู้ป่วย ระบุ
 - 3.1. ชื่อ นามสกุล วัน เดือน ปี เกิด อายุ เพศ เชื้อชาติ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ อาชีพของผู้ปกครอง
 - 3.2. ประวัติทางการแพทย์
 - 3.3. ประวัติการรักษาทางทันตกรรม
 - 3.4. ประวัติสุขภาพโดยทั่วไป
4. การตรวจ ระบุ
 - 4.1. การตรวจผู้ป่วยนอกช่องปาก

- 4.2. การตรวจภายในช่องปาก
- 4.3. การตรวจโดยภาพรังสี
- 4.4. การตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ
5. การวินิจฉัย ตามหัวข้อดังนี้
 - 5.1. การสบฟัน
 - 5.2. สภาพของเนื้อเยื่อปริทันต์
 - 5.3. สภาพของฟันและการบูรณะ (หมายเหตุ ให้วินิจฉัยพยาธิสภาพของฟันแต่ละซี่ที่ปรากฏก่อนการรักษา)
 - 5.4. สภาพของสุขภาพในช่องปาก
 - 5.5. ลักษณะของพฤติกรรมผู้ป่วยและความร่วมมือของผู้ป่วย
6. การวางแผนการรักษา การพยากรณ์โรคและลำดับขั้นตอนการรักษา
7. การเขียนรายงานผู้ป่วยให้เป็นไปตามบันทึกการรักษา (Treatment record) ในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยระบุวัน เดือน ปี ที่ให้การรักษาแต่ละประเภท
8. รายละเอียดอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น
 - รายละเอียดของการรักษา การวิจารณ์การรักษาและผลการรักษา
 - Sedation records / anesthetic records
 - Trauma record
 - Orthodontic records
 - Consultations with other professionals
 - Laboratory data
 - Hospital dictation reports
 - เอกสารอ้างอิง

หมายเหตุ

1. วิธีการนับเวลาติดตามผล ให้ใช้วันที่เสร็จสิ้นการรักษาครั้งสุดท้าย และนับไปตามจำนวนเดือนที่ระบุไว้ให้ติดตามผลให้ตรงวันที่เดียวกันของเดือนนั้น เช่นกรณีทันตกรรมพร้อมมูล ติดตามผล 6 เดือน การรักษาเสร็จสิ้นวันที่ 22 มกราคม วันติดตามผลจะเป็น 22 กรกฎาคม เป็นต้นไป ผู้สมัครสอบควรตรวจสอบเรื่องระยะเวลาติดตามผลให้รอบคอบก่อนส่งรายงาน หากระยะเวลาติดตามผลไม่ครบกำหนดจะถือว่ากรณีผู้ป่วยนี้เป็นโมฆะ
2. การเสร็จสิ้นการรักษาทันตกรรมพร้อมมูล หมายถึงการวินิจฉัย วางแผน งานป้องกันและรักษาและทำงานดังกล่าวเสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์ รวมถึงเครื่องมือกันช่องว่างซึ่งใส่ได้เลยในช่วงนี้ (ยกเว้นกรณีที่ต้องรอให้ฟันบางซี่ขึ้น เช่น ฟันกรามแท้ขึ้นในช่องปากจึงจะใส่ได้)
3. ผู้ป่วยในกลุ่มรักษาฟันที่ได้รับบาดเจ็บ ทันตกรรมจัดฟันเพื่อป้องกัน การรักษาทางปริทันต์ ต้องรักษาและติดตามผลด้วยผู้สมัครสอบเองและรายงานผลการรักษาอย่างสมบูรณ์รวมถึงทันตกรรมพร้อมมูลและทันตกรรมป้องกันของผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งอาจทำโดยผู้สมัครสอบเองหรือโดยทันตแพทย์อื่นก็ได้ และมีการติดตามผลตามความเสี่ยงของผู้ป่วยนั้น

4. รายงานผู้ป่วยควรเขียนอย่างสังเขป การเขียนรายงานผู้ป่วย ต้องเขียนจากสิ่งที่ได้ปฏิบัติและบันทึกไว้จริง และเป็นรายงานต้นฉบับ (original) ซึ่งแสดงออกถึงแนวทางการเขียนรายงานของตนเอง เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การคัดลอกรายงานของผู้อื่นมาเป็นของตน ถือเป็นความไม่ซื่อสัตย์ด้านวิชาการ

ผู้สอบต้องจัดหลักฐานดังนี้

1. ส่งรายงานผู้ป่วยในแต่ละประเภทเป็น pdf file ส่งทาง email: tbpd2567@gmail.com
โดยให้ตั้งชื่อ File ตามเคสที่ส่งในรูปแบบ ดังนี้
ชื่อผู้สอบ_Comprehensive
ชื่อผู้สอบ_ComprehensiveSup1
ชื่อผู้สอบ_ComprehensiveSup2
ชื่อผู้สอบ_SHCN
ชื่อผู้สอบ_Trauma
ชื่อผู้สอบ_Perio
ชื่อผู้สอบ_GA
ชื่อผู้สอบ_Sedation
2. ในกรณีรายงานผู้ป่วยทันตกรรมจัดฟันเพื่อการป้องกัน
 - 2.1 จะต้องส่งแบบจำลองฟันก่อนและหลังการรักษา 1 ชุด
 - 2.2 ในรายงานผู้ป่วยจะต้องมีภาพถ่ายตามข้อกำหนด ไม่ผิดสัดส่วน
3. ในกรณีหลักฐานประกอบรายงานผู้ป่วยเป็นภาพรังสี/ภาพถ่าย ให้เป็นภาพสีความละเอียดมีความชัดเจน (อย่างน้อย 300-600 dpi)
4. เอกสารและหลักฐานทุกอย่าง ให้บรรจุลงในกล่องที่แข็งแรง เรียบร้อย พร้อมทั้งใบปะหน้าระบุ ผู้สอบ จำนวนและรายละเอียดของรายงานผู้ป่วยที่ส่ง

รายงานผู้ป่วย
ในการสอบเพื่ออนุมัติบัตร/วุฒิบัตร
เพื่อเป็นผู้ชำนาญการในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก พ.ศ. ๒๕๖....

ชื่อผู้สมัครสอบ..... นามสกุล.....
วัน เดือน ปี ที่สมัครสอบ
ประเภทของผู้ป่วย
ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....
วัน เดือน ปี ที่เริ่มการรักษา.....
วัน เดือน ปี ที่รักษาเสร็จสมบูรณ์.....
ระยะเวลาที่ติดตามผล.....เดือน

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วยในรายงานนี้
ด้วยตนเองจริง และขอรับรองว่ารายงานนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ามิได้กระทำการดัดแปลงหรือ
เปลี่ยนแปลงข้อมูลใดๆ และได้ใช้รายงานการรักษาผู้ป่วยนี้เพื่อสอบในการสำเร็จทางการศึกษาใด ๆ
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากมีการตรวจสอบภายหลังแล้วพบว่าข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ จะถือว่าผลการสอบนี้
เป็นโมฆะ

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

(ต้องอยู่ในรายงานทุกประเภท และทุกเล่ม)

ชื่อผู้สมัครสอบ.....

หมายเลข

รายงานผู้ป่วย

การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....

วันที่เริ่มต้นการรักษา

วันที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์

วันที่ติดตามผลการรักษา

รวมระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (6-18 เดือน)

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

[] รายงานผู้ป่วย (pdf file)

[] ภาพรังสีก่อนการรักษา

จำนวนฟิล์ม

[] ภาพรังสีหลังการรักษา

จำนวนฟิล์ม

ชื่อผู้สมัครสอบ.....

หมายเลข

รายงานผู้ป่วย

การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีการพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา (เสริม)

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....

วันที่เริ่มต้นการรักษา

วันที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์

วันที่ติดตามผลการรักษา

รวมระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (6-18 เดือน)

ชนิดของการรักษา

☐ Class II restoration

☐ Vital pulp therapy

☐ Pulpectomy

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

☐ รายงานผู้ป่วย (pdf file)

☐ ภาพรังสีก่อนการรักษา

จำนวนฟิล์ม

☐ ภาพรังสีหลังการรักษา

จำนวนฟิล์ม

(ห้ามแก้ไขแบบฟอร์ม)

ชื่อผู้สมัครสอบ.....

หมายเลข

รายงานผู้ป่วย

การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลในผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....

วันที่เริ่มต้นการรักษา

วันที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์

วันที่ติดตามผลการรักษา

รวมระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (6-18 เดือน)

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

[] รายงานผู้ป่วย (pdf file)

[] ภาพรังสีก่อนการรักษา จำนวน..... ฟิล์ม

[] ภาพรังสีหลังการรักษา จำนวน..... ฟิล์ม

[] จดหมายจากแพทย์ หรือ medical record แสดงภาวะโรคประจำตัว
และการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยสรุป

[] ภาพถ่ายสีของใบหน้าตรงของผู้ป่วย

[] ภาพถ่ายสีแสดง defect ที่เห็นได้ภายในช่องปาก (ถ้ามี)

(ห้ามแก้ไขแบบฟอร์ม)

ชื่อผู้สมัครสอบ.....

หมายเลข

รายงานผู้ป่วย
ทันตกรรมจัดฟันเพื่อการป้องกัน

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....

วันที่เริ่มต้นการรักษา

วันที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์

วันที่ติดตามผลการรักษา

รวมระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (6-18 เดือน)

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

- [] รายงานผู้ป่วย (pdf file)
 - [] ภาพถ่ายสีแบบจำลองฟันก่อน และหลังการรักษา
 - [] ภาพถ่ายสีในช่องปาก ของขากรรไกรบน ขากรรไกรล่าง การสบฟันด้านหน้าและการสบฟันด้านข้างก่อนและหลังการรักษา
 - [] ภาพรังสี panoramic ก่อนการรักษา จำนวน.....ฟิล์ม
 - [] ภาพรังสี bitewing (หากมี contact) ก่อนการรักษา จำนวน.....ฟิล์ม
 - [] ภาพรังสี periapical ของฟันที่ใส่เครื่องมือให้เคลื่อนที่ก่อนการรักษา จำนวน.....ฟิล์ม
 - [] ภาพรังสี periapical ของฟันที่ใส่เครื่องมือให้เคลื่อนที่หลังการรักษา จำนวน.....ฟิล์ม
 - [] ภาพถ่ายสีหน้าตรงและด้านข้างก่อนการรักษา จำนวน.....ภาพ

- [] แบบจำลองฟันก่อน และหลังการรักษา 1 ชุด

(ห้ามแก้ไขแบบฟอร์ม)

ชื่อผู้สมัครสอบ.....

หมายเลข

**รายงานผู้ป่วย
การรักษาทางปริทันต์**

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....

วันที่เริ่มต้นการรักษา

วันที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์

วันที่ติดตามผลการรักษา

รวมระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (6-18 เดือน)

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

[] รายงานผู้ป่วย (pdf file)

[] ภาพรังสี bitewing ของฟันหลัง ก่อนและหลังการรักษา จำนวน.....ฟิล์ม

[] ภาพรังสี periapical view ของฟันที่ผิดปกติหรือทะลุเนื้อเยื่อในก่อนและหลังการรักษา
จำนวน.....ฟิล์ม

[] ภาพรังสี periapical ของฟันหน้าก่อนและหลังการรักษา ในกรณีมีการบูรณะฟันด้านประชิด
จำนวน.....ฟิล์ม

[] ภาพรังสี periapical บริเวณที่มีพยาธิสภาพหรือบริเวณที่รักษาตามความเหมาะสมทั้งก่อน
และหลังการรักษา จำนวน.....ฟิล์ม

[] ภาพถ่ายสีในช่องปาก แสดงบริเวณที่มีพยาธิสภาพของอวัยวะปริทันต์ก่อนและ
หลังการรักษา

(ห้ามแก้ไขแบบฟอร์ม)

ชื่อผู้สมัครสอบ.....

หมายเลข

รายงานผู้ป่วย

การรักษาทันตกรรมพร้อมมูลภายใต้

() การดมยาสลบ () ยาทำให้สงบ

ชื่อผู้ป่วย.....นามสกุล.....

วันที่เริ่มต้นการรักษา

วันที่การรักษาเสร็จสมบูรณ์

วันที่ติดตามผลการรักษา

รวมระยะเวลาการติดตามผลการรักษา (6-18 เดือน)

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

[] รายงานผู้ป่วย (pdf file)

[] ภาพรังสี bitewing ก่อนและหลังการรักษา จำนวน ฟิล์ม

[] ภาพรังสี periapical ของฟันที่ผิดปกติหรือทะลุเนื้อเยื่อในก่อนและหลังการรักษา
จำนวน ฟิล์ม

[] ภาพรังสี periapical ของฟันหน้าก่อนและหลังการรักษา กรณีมีการบูรณะฟันด้านประชิด
จำนวน..... ฟิล์ม

[] Consent form

[] Pre-anesthetic evaluation record โดยแพทย์

[] Anesthetic record หรือ Sedation record

(ห้ามแก้ไขแบบฟอร์ม)