

**ระเบียบราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขในการสอบเพื่ออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร
แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม
สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569**

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบเพื่ออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ พ.ศ. 2567

อาศัยอำนาจตามความใน ข้อ 8 ข้อ 9 (10) ข้อ 17 (1) แห่งข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2566 ประกอบ ข้อ 11 วรรค 2 แห่งข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมสาขาต่าง ๆ พ.ศ. 2555 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และด้วยอนุมัติของคณะกรรมการทันตแพทยสภาในการประชุม คณะกรรมการทันตแพทยสภา ครั้งที่ 10/2569 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2569 ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย จึงออกระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบเพื่ออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2569”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศนี้ เป็นต้นไป

ข้อ 3 ประกาศ ระเบียบ ข้อกำหนด มติคณะกรรมการหรือคำสั่งอื่นใด ในส่วนที่กำหนดไว้แล้วในระเบียบนี้ขัดหรือแย้งกับระเบียบนี้ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ 4 ให้ยกเลิกข้อความในข้อ 25 แห่งระเบียบราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบเพื่ออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ พ.ศ. 2567 และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ข้อ 25 ผู้สมัครสอบต้องจัดเตรียมเอกสารรายงานผู้ป่วยที่สมบูรณ์ พิมพ์ด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษลงในเอกสารรายงานผู้ป่วยตามแบบที่คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์กำหนด พร้อมแนบภาพรังสีและหลักฐานประกอบจำนวน 1 ชุด และจัดเตรียมรายงานผู้ป่วย ภาพรังสี และหลักฐานประกอบในรูปแบบดิจิทัล เพื่ออัปโหลดตามประกาศราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การอัปโหลดเอกสารในรูปแบบดิจิทัล ของผู้สมัครสอบปากเปล่าและรายงานผู้ป่วย สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ ในการสอบเพื่ออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร”

ข้อ 5 ให้ยกเลิกข้อความในข้อ 27 แห่งระเบียบราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบเพื่ออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ พ.ศ. 2567 และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ข้อ 27 คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ จะคืนเอกสารรายงานผู้ป่วยต้นฉบับให้ผู้สอบภายหลังการประกาศผลสอบ และเก็บสำเนาเอกสารรายงานผู้ป่วยในรูปแบบดิจิทัลไว้เป็นหลักฐาน”

ข้อ 6 ให้ยกเลิกข้อความในข้อ 12 แห่งภาคผนวก 5 Check list รายงานผู้ป่วยสำหรับการสอบปากเปล่าและรายงานผู้ป่วย สาขาวิชาเอ็นโดไครนต่อมน้ำนมแห่งระเบียบราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบเพื่ออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาวิชาเอ็นโดไครนต่อมน้ำนม พ.ศ. 2567 และให้ใช้ข้อความต่อไปนี้แทน

“ข้อ 12 ส่งรายงานผู้ป่วย ภาพรังสี หลักฐานประกอบ ต้นฉบับ 1 ชุด และเอกสารรายงานผู้ป่วย ภาพรังสี พร้อมหลักฐานประกอบครบเหมือนต้นฉบับ อีก 1 ชุด ในรูปแบบดิจิทัล”

ประกาศ ณ วันที่ 24 กรกฎาคม 2569



(ศาสตราจารย์คลินิก ดร.นายแพทย์ ทันตแพทย์ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ)
ประธานราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

ภาคผนวก

ภาคผนวก ๑ แบบฟอร์มการเขียนรายงานผู้ป่วย
ประกอบด้วย

๑. คำรับรอง

๒. แบบปกรายงานผู้ป่วย

๓. Case history report

ภาคผนวก ๒ คำแนะนำการเขียนรายงานผู้ป่วย

ภาคผนวก ๓ ตัวอย่างการเขียนรายงานผู้ป่วย ๒ ราย

ภาคผนวก ๔ หัวข้อการให้คะแนนรายงานผู้ป่วย

ภาคผนวก ๕ Check list รายงานผู้ป่วย

ภาคผนวก ๑
แบบฟอร์มการเขียนรายงานผู้ป่วย

ผู้สมัครสอบจะต้องเขียนรายงานผู้ป่วย ตามแบบฟอร์ม ต่อไปนี้

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| ๑. คำรับรอง | ๑ หน้าสำหรับผู้สมัครสอบ ๑ คน |
| ๒. แบบปรายงานผู้ป่วย | ๑ หน้า สำหรับผู้สมัครสอบ ๑ คน |
| ๓. CASE HISTORY REPORT | ๑ ชุด สำหรับกรณีผู้ป่วย ๑ ราย |

คำรับรอง

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่ารายงานผู้ป่วยดังรายชื่อต่อไปนี้

- 1.....ฟันซี่
- 2.....ฟันซี่
- 3.....ฟันซี่
- 4.....ฟันซี่
- 5.....ฟันซี่
- 6.....ฟันซี่
- 7.....ฟันซี่
- 8.....ฟันซี่
- 9.....ฟันซี่
- 10.....ฟันซี่

ข้าพเจ้าเป็นผู้ให้การรักษาทางเอ็นโดดอนติกส์ด้วยตนเองตั้งแต่ต้นจนเสร็จการรักษา และ
รับทราบว่าการปลอมแปลงเอกสารหรือดัดแปลงภาพรังสีหรือการใช้ข้อมูลเท็จถือเป็นความผิดที่ร้ายแรง จะ
ถือว่าการสอบครั้งนี้เป็นโมฆะ

ลงชื่อ
(.....)

แบบปกรายงานผู้ป่วย

สมัครสอบเพื่อ.....(อนุมัติบัตร / วุฒิบัตร : ระบุ)

สาขาวิทยาเอ็นโดครินต์

ชื่อ.....นามสกุล.....

วัน-เดือน-ปี ที่สมัครสอบ

แบบฟอร์มการเขียนรายงานผู้ป่วย

THAI BOARD OF ENDODONTICS

CASE HISTORY REPORT

Case Report Number : _____

Candidate Number : _____

Patient Age : _____

Date Case Started : _____

Patient Sex : _____

Date Case Finished: _____

Date of Last Recall: _____

A. TOOTH _____

B. PROCEDURE CATEGORY: _____

CHIEF COMPLAINT : _____

SUBCATEGORY: _____

C. MEDICAL HISTORY :

D. DENTAL HISTORY :

E. CLINICAL EVALUATION : (Diagnostic Procedures)

Exam: _____

Tests: _____

Radiographic Interpretation:

.....

F. PRE-TREATMENT DIAGNOSIS: Pulpal

Periradicular

Others (If any)

Differential diagnosis (If any)

G. TREATMENT PLAN

Recommended:

Emergency treatment:

Ideal treatment:

Alternative treatment:

Definitive treatment:

Restoration:

Prognosis:

H. CLINICAL PROCEDURES : (Treatment Record)

Date_____Operations_____

Date_____Operations_____

Date_____Operations_____

CANAL (M,D,B,L,etc)	WORKING LENGTH	APICAL SIZE*	OBTURATION MATERIALS AND TECHNIQUES

*Size of the largest instrument used at the apex

I. POST-TREATMENT DIAGNOSIS (If different): Pulpal _____

Perradicular _____

HISTOPATHOLOGIC DIAGNOSIS (If biopsy) _____

J. POST- OPERATIVE EVALUATIONS: (Last recall must be 12 months minimum)

Date: _____

Date: _____

Date: _____

ภาคผนวก ๒

คำแนะนำการเขียนรายงานผู้ป่วย

คำแนะนำการเขียนรายงานผู้ป่วย

1. รายงานผู้ป่วยที่เสนอ ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้ทำการรักษาด้วยตนเองตลอดการรักษา กรณีที่เป็น interdisciplinary ต้องมีการวางแผนการรักษาและมีส่วนร่วมในการรักษาตลอดการรักษา รายงานผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ต้องประกอบด้วยผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. การรักษาทางเอ็นโดดอนติกส์ด้วยวิธีสัลยกรรม หรือ การรักษาคลองรากฟันที่มีการรื้อเครื่องมือหักออกทั้งหมด 1 ราย
2. การรักษาคลองรากฟันซ้ำโดยไม่ใช้สัลยกรรม(Non-surgical root canal retreatment) ในฟันกราม 1 ราย

3. การรักษาคลองรากฟันอื่น ๆ อีก 8 ราย ที่มีความหลากหลายของชนิดของการรักษา (subcategory) และไม่ซ้ำกับข้อ 1 และข้อ 2 ข้างต้น

ตัวอย่างของ subcategory ได้แก่

Apexification	Internal root resorption
Apexogenesis	Management of cracked tooth
Broken instrument	Management of dental traumatic injuries
Calcification	Management of medically compromised patient
C-shaped canal	MTA Apexification
Dens evaginatus	Odontogenic & Non-odontogenic pain
Dens invaginatus	Pain control
Diagnosis	Perforation
Endo-Perio treatment	RCT + Bleaching (non-vital)
(True combined lesion)	RCT through existing crown
External root resorption	Regenerative endodontics
Extra canal	Severe curved root canal
Hemisection	Treatment of large lesion (diameter not less than 10 mm)
Intentional replantation	
Unusual anatomy	
Vital pulp therapy	
etc.	

II. การเขียนรายงานผู้ป่วย

ในการเขียนรายงานผู้ป่วย อาจใช้ภาษาอังกฤษหรือไทยก็ได้ คำศัพท์เทคนิคสามารถใช้เป็นภาษาอังกฤษได้ ไม่จำเป็นต้องแปลเป็นภาษาไทย คำย่อในขั้นตอนของการรักษาสามารถใช้ได้ หากเป็นคำย่อที่ใช้กันอยู่ประจำ และเป็นที่เข้าใจในทางเอ็นโดดอนติกส์ เช่น OC, LT, WL, MI, IR, Med, Temp, TMC, FRC เป็นต้น หากจะใช้คำย่ออื่นที่ไม่แน่ใจว่ากรรมการสอบจะเข้าใจตรงกันให้ใช้คำเต็ม ควรเขียนรายงานผู้ป่วยให้เป็นระบบ กระชับ เข้าใจง่าย และให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ซึ่งพร้อมจะให้มีการตรวจสอบเมื่อจำเป็น

ในรายงานผู้ป่วย ต้องไม่ปรากฏชื่อ และสถานที่ที่ให้รักษาผู้ป่วย

เอกสารหรือรายงานจากห้องปฏิบัติการ / ผลการตรวจชิ้นเนื้อ / ความเห็นหรือคำแนะนำจากแพทย์ ให้ปิดชื่อผู้ป่วย ชื่อแพทย์ ชื่อผู้อ่านผล และสถานที่หรือที่อยู่ของหน่วยงาน

คำอธิบายการเขียน CASE HISTORY REPORT

Case Report Number: ลำดับของรายงานผู้ป่วย เรียงตามลำดับจาก 1-10

Candidate Number: ให้เว้นไว้สำหรับกรรมการสอบเป็นผู้กรอก

Patient Age: อายุผู้ป่วยในวันที่ตรวจผู้ป่วยวันแรก

Patient Sex: เพศของผู้ป่วย

Date Case Started: วันเดือนปีที่ผู้สมัครสอบตรวจผู้ป่วยวันแรก

Date Case Finished: วันเดือนปีที่ให้การรักษารั้งสุดท้าย (active treatment)

Date of Last Recall: วันเดือนปีที่ recall ครั้งสุดท้าย

A. TOOTH NUMBER: ระบุซี่ที่รักษาเพียง 1 ซี่ ตาม Two-digit system

CHIEF COMPLAINT: อาการที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ เขียนตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย

B. PROCEDURE CATEGORY: หมายถึง ประเภทของการรักษาที่ให้แกผู้ป่วย ซึ่งได้แก่

- 1) NS-RCT (non-surgical root canal treatment)
- 2) NS – ReTx (non-surgical root canal retreatment)
- 3) S-RCT (surgical root canal treatment)

ให้เลือกเพียงประเภทเดียว แม้มีการรักษาหลายอย่างในผู้ป่วยก็ตาม

SUBCATEGORY: หมายถึง ประเภทย่อยของการรักษาที่ต้องการเน้นซึ่งต้องไม่ซ้ำกันใน 10 รายการที่ส่ง
การเลือกsubcategoryใด ผู้สอบต้องแสดงความรู้ความสามารถในการจัดการ subcategory นั้นด้วยตนเอง

C. MEDICAL HISTORY: เขียนประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยโดยสรุปและครอบคลุม ได้แก่

- Medical condition ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โรคต่างๆ ประวัติการแพ้ การปรึกษาหรือการรักษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ให้อธิบายเหตุผลถ้าต้องมีการปรับเปลี่ยนจากแผนการรักษาปกติ ให้แนบรายงานการปรึกษาจากแพทย์ และรายงานผลการตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)
- ประวัติการใช้ยา ให้ออกชื่อยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ทั้งหมด รวมถึงขนาด ความถี่และเหตุผลการใช้ยานั้น
- Vital signs ต้องบันทึก vital signs ของผู้ป่วยใน visit แรกและถ้าต้องมีการติดตามอาการก็ให้บันทึกในครั้งต่อไปด้วย vital signs ได้แก่ ความดันโลหิต (BP), ชีพจร (pulse), อุณหภูมิร่างกาย (temperature) (ถ้าผู้ป่วยมีการบวม)

D. DENTAL HISTORY: ประวัติของฟันที่ทำการรักษา รวมถึงฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้องโดยสรุป ให้ครอบคลุมถึงประวัติทางทันตกรรมของอาการที่สัมพันธ์กับความจำเป็นในการรักษา ให้ส่งภาพรังสีจากทันตแพทย์ที่ refer มาด้วย (ถ้ามี)

E. CLINICAL EVALUATION: ให้ข้อมูลยืนยัน chief complaint และอาการของผู้ป่วย ควรแสดงให้เห็นถึงข้อมูลทั้งหมดที่นำไปสู่การวินิจฉัยโรค

- Exam: - Extraoral examination
 - Intraoral examination

Tests:- Palpation

- Percussion
- Pulp tests: ให้อธิบายลักษณะอาการตอบสนองต่อการทดสอบด้วย (ดูตัวอย่างการเขียนรายงาน

ผู้ป่วยในภาคผนวก 3)

- Electric pulp test
- Thermal tests

- Other i.e. test cavity
- Periodontal probing depth, mobility
- Others:
 - Illumination test
 - Dye test
 - Sinus tract tracing
 - Anesthetic test
 - etc.

Radiographic interpretation: แปลภาพรังสีก่อนการรักษา อธิบายถึงสิ่งที่พบและมีความสำคัญในการวินิจฉัย โดยอธิบายให้ครอบคลุมฟันทุกซี่และโครงสร้างของอวัยวะที่ปรากฏในภาพรังสี

- Lamina dura
- PDL space
- Alveolar crest
- ลักษณะของ lesion:
 - diffuse border, well-defined border
 - corticated, uncorticated
 - radiolucent, mixed radiolucent radiopaque, radiopaque
 - ขนาด (size)
 - ตำแหน่ง (location)
 - Abnormalities เช่น resorption
 - etc.

F. PRE-TREATMENT DIAGNOSIS: ให้คำวินิจฉัยโรคของ pulp และ periradicular tissue ในวันที่ผู้สมัครสอบทำการตรวจผู้ป่วยครั้งแรกก่อนเริ่มให้การรักษา การให้คำวินิจฉัยโรคกำหนดตาม Terminology ของ The American Board of Endodontics (ABE) ดังนี้

Pulpal

1. Normal Pulp: A clinical diagnostic category in which the pulp is symptom free and normally responsive to vitality testing.
2. Reversible pulpitis: A clinical diagnosis based upon subjective and objective findings indicating that the inflammation should resolve and the pulp return to normal.
3. Irreversible pulpitis - Symptomatic: A clinical diagnosis based on subjective and objective findings indicating that the vital inflamed pulp is incapable of healing. Additional description: - Lingering thermal pain, spontaneous pain, referred pain.
4. Irreversible pulpitis - Asymptomatic: A clinical diagnosis based on subjective and objective findings indicating that the vital inflamed pulp is incapable of healing.

Additional description: - No clinical symptoms but inflammation produced by caries, caries excavation, trauma, etc.

5. Pulp necrosis: A clinical diagnostic category indicating death of the dental pulp. The pulp is non-responsive to vitality testing.

6. Previously treated: A clinical diagnostic category indicating that the tooth has been endodontically treated and the canals are obturated with various filling materials, other than intracanal medicaments.

7. Previously initiated therapy: A clinical diagnostic category indicating that the tooth has been previously treated by partial endodontic therapy (e.g. pulpotomy, pulpectomy).

Periradicular

1. Normal apical tissues: Teeth with normal periradicular tissues that will not be abnormally sensitive to percussion and palpation testing. The lamina dura surrounding the root is intact and the periodontal ligament space is uniform.

2. Symptomatic apical periodontitis: Inflammation, usually of the apical periodontium, producing clinical symptoms including painful response to biting and percussion. It may or may not be associated with an apical radiolucent area.

3. Asymptomatic apical periodontitis: Inflammation and destruction of apical periodontium that is of pulpal origin, appears as an apical radiolucent area and does not produce clinical symptoms.

4. Acute apical abscess: An inflammatory reaction to pulpal infection and necrosis characterized by rapid onset, spontaneous pain, tenderness of the tooth to pressure, pus formation and swelling of associated tissues.

5. Chronic apical abscess: An inflammatory reaction to pulpal infection and necrosis characterized by gradual onset, little or no discomfort and the intermittent discharge of pus through an associated sinus tract.

Others (If any): การวินิจฉัยโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุจาก pulp และ periradicular tissue ตัวอย่าง เช่น periodontal disease, horizontal root fracture, lateral luxation เป็นต้น

Differential diagnosis (If any): ให้วินิจฉัยแยกโรคที่มีอาการและพยาธิสภาพที่คล้ายคลึงกัน(ถ้ามี)

G. TREATMENT PLAN : บันทึกแผนการรักษา โดยอ้างอิงจากการวินิจฉัยโรค ผู้สอบต้องแสดงผลประกอบการวางแผนการรักษาทุกหัวข้อย่อย

Recommended: Emergency treatment: การบำบัดฉุกเฉินและการรักษาที่เหมาะสมในกรณีที่เป็น (need immediate attention) ตัวอย่างเช่น Pulpotomy, Pulpectomy, Remove necrotic tissue, Open canal for drainage, Incision and drainage, Occlusal adjustment และอื่น ๆ หรือ ใช้ None ในกรณีที่จำเป็นต้องทำการบำบัดฉุกเฉิน

Ideal treatment: ชนิดการรักษาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับกรณีผู้ป่วยนี้

ตัวอย่างชนิดการรักษา ได้แก่

1. Non-surgical treatment or retreatment
2. Non-surgical treatment with Ca(OH)_2 treatment
3. Apexification
4. Apexogenesis
5. Apicoectomy with retrofilling
6. Root resection, Apical curettage
7. Root amputation
8. Hemisection
9. Intentional replantation
10. Periodontal treatment (ถ้ามี)
 - Curettage, root planing
 - Crown lengthening
 - Guided tissue regeneration, etc.
11. การรักษาอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น Orthodontic extrusion, etc.

Alternative treatment: ทางเลือกการรักษาอื่น ๆ ที่เหมาะสมตามหลักวิชา โดยเรียงลำดับตามความเหมาะสมและให้เหตุผลประกอบ

Definitive treatment: การรักษาที่ให้กับผู้ป่วย ตามที่ให้อ้างอิงและปรากฏในรายงานผู้ป่วยนี้

Restoration: Filling, Crown, Post & core, Bridge, Coping, Onlay (ให้ระบุชนิดและวัสดุที่ใช้พร้อมเหตุผลในการเลือก)

Prognosis: Favorable, Questionable, Unfavorable (พร้อมเหตุผลที่ใช้ในการประเมิน)

H. CLINICAL PROCEDURES : (Treatment Record)

- ให้นำบันทึกตามลำดับของวันที่ทำการรักษา
- บันทึกอาการก่อนการรักษาในแต่ละ visit

Procedures: - บันทึกรายละเอียดการรักษาและแสดงเหตุผลสำหรับการรักษาที่ทำ

- บอกถึงการบำบัดฉุกเฉิน (ถ้ามี), ข้อแทรกซ้อนที่พบ (ถ้ามี) รวมถึงวิธีการจัดการ
- อธิบายถึงแผนการรักษาที่อาจเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้สอดคล้องกับ Medical และ Dental history ของผู้ป่วย

- ควรแสดงให้เห็นว่าการรักษาได้ทำโดยมีพื้นฐานจาก biologic principles
- อธิบายถึงการติดตามผลระหว่างรักษาในวันนั้นหรือวันถัดไป ในกรณีที่ได้ให้การบำบัดฉุกเฉิน

หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดใน visit แรก

Techniques: - บันทึกการรักษาและเทคนิคที่ใช้

- บอกชนิดของยาชา ขนาดของยาชาที่ใช้ และวิธีฉีดยาชา
- ชนิดของน้ำยาล้างคลองรากฟัน

- ชนิดของ intracanal medication
- ชนิดของ temporary filling
- ผลการตรวจทางจุลชีววิทยา, ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)
- ชนิดของวัสดุอุดคลองรากฟัน ชนิดของ sealer และเทคนิคที่ใช้ในการอุด
- รายงานสรุปของอาการเมื่อรักษาเสร็จ
- การจ่ายยาให้ผู้ป่วย (ถ้ามี) ให้บอกขนาดยา วิธีการใช้ รวมถึงเหตุผลของการให้ยา
- บันทึกความยาวทำงาน ขนาดของเครื่องมือที่ใช้ขยาย วัสดุและวิธีการอุดคลองรากฟันในตาราง

CANAL (M,D,B,L,etc.)	WORKING LENGTH	APICAL SIZE*	OBTURATION MATERIALS AND TECHNIQUES

*Size of the largest instrument used at the apex

- รายละเอียดอื่น ๆ (ถ้ามี) (ดูตัวอย่างประกอบ)

I. POST-TREATMENT DIAGNOSIS: บันทึก Post-treatment diagnosis เฉพาะกรณีที่พบว่าแตกต่างจาก Pre-treatment diagnosis เช่น เดิมเป็น “Pulp necrosis” แต่เมื่อทำการรักษาในคลองรากฟันแล้วพบเนื้อเยื่อมีชีวิต Post-treatment diagnosis จะเป็น “Symptomatic irreversible pulpitis” ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงใส่คำว่า “No change ”

J. POST-OPERATIVE EVALUATIONS:

- ติดตามผลการรักษาอย่างน้อย 12 เดือน นับจากวันที่ให้การรักษาครั้งสุดท้าย
- กรณีผู้ป่วยใน subcategory: diagnosis ต้องมีภาพรังสีติดตามผลอย่างน้อย 12 เดือน ไม่ว่าจะมีการรักษาคลองรากฟันหรือไม่
- การประเมินผลการรักษา ให้อธิบาย clinical signs and symptoms สภาพของการบูรณะฟันควรเป็นการบูรณะถาวรหรือกึ่งถาวรที่มีสภาพดีและไม่มีผลเสียต่อเหงือกและฟัน แปลภาพรังสีของเนื้อเยื่อรอบรากฟันเปรียบเทียบกับก่อนการรักษาและ ให้ระบุลักษณะของการหายเป็น complete healing หรือ incomplete healing (ดูตัวอย่างในภาคผนวก ๓ ประกอบ)

หมายเหตุ

1. ลักษณะของภาพรังสีที่ดี คือ ต้องสามารถแปลภาพได้ โดยสามารถส่งภาพรังสีได้ 2 รูปแบบ คือภาพรังสีแบบฟิล์ม หรือภาพรังสีดิจิทัล

1.1 ภาพรังสีแบบฟิล์ม ต้องใช้ฟิล์มจริง ไม่ใช่สำเนา

1.1.1 คุณภาพ :- ภาพชัดเจน

- ครอบคลุมตัวฟันและรอยโรครอบปลายรากฟัน
- ไม่ elongation, ไม่ foreshortening
- มี contrast ดี
- ไม่มี cone cut
- ไม่มีรอยต่าง, เปื้อน หรือ เหลือง

1.1.2 จำนวน: - ครบตามขั้นตอน คือ pre-operative, length determination, obturation (without rubber dam) และ post-operative follow up อย่างน้อย 12 เดือน

- กรณีที่ใช้ electronic apex locator ในขั้นตอนวัดความยาวฟันแทนการใช้ภาพรังสี ให้ส่งภาพรังสีในขั้นตอน TMC แทน โดยให้เหตุผลประกอบด้วย

- ควรส่งภาพรังสีในมุมต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการวินิจฉัย การรักษา และการติดตามผลการรักษาเพื่อให้เห็นโครงสร้างที่ซ้อนทับกันได้

1.1.3 การจัดเก็บ: ต้องจัดเก็บลงในแผ่นพลาสติกสำหรับเก็บภาพรังสี โดยเรียงลำดับให้ถูกต้อง ให้ใช้กระดาษทึบสีขาวติดเพื่อระบุวันเดือนปี และขั้นตอนที่ทำให้ชัดเจนและตรงกันกับในรายงานผู้ป่วย

1.2 ภาพรังสีแบบดิจิทัล ต้องเป็น original digital image ที่ถ่ายจาก sensor หรือ imaging plate เท่านั้น โดยระบุชื่อระบบบันทึกภาพของภาพรังสีดิจิทัลที่ใช้ (ทั้งยี่ห้อและรุ่น) ไม่มีการปรับแต่ง ห้าม crop ไม่ใช่ภาพดิจิทัลที่ถ่ายหรือสแกนมาจากภาพรังสีแบบฟิล์ม โดยให้ส่งทั้ง file และ print out

1.2.1 คุณภาพ file:

- ภาพชัดเจน และคุณภาพดีเท่าเทียมกับภาพรังสีแบบฟิล์ม

1.2.2 คุณภาพ print out:

- พิมพ์ภาพจากไฟล์ที่ส่ง โดยมีขนาดภาพประมาณ 3x5 นิ้ว โดยไม่มีการ crop ภาพและภาพไม่ distort

- พิมพ์ลงบนกระดาษคุณภาพสูง ขนาด A4 เช่น กระดาษสำหรับพิมพ์ภาพถ่ายชนิดมัน (glossy) พิมพ์ด้วยเครื่องพิมพ์ที่มีความคมชัดสูง หรือ อัปเดตภาพลงบนกระดาษอัดภาพชนิดมัน โดยเรียงลำดับภาพตามขั้นตอนการรักษา พร้อมทั้งระบุวันเดือนปี และขั้นตอนที่ทำให้ชัดเจน

1.2.3 จำนวน: เช่นเดียวกับภาพรังสีแบบฟิล์ม

1.3 ภาพรังสี Computed Tomogram

สามารถส่งภาพ cone beam CT ได้ แต่ต้องส่ง CD-ROM มาด้วย

2. ในกรณีจำเป็น ควรมีภาพถ่ายนอกช่องปาก หรือในช่องปากเพื่อประกอบการรายงานให้สมบูรณ์ โดยหากเป็นภาพใบหน้าผู้ป่วย ให้ใช้แถบสีดำปิดบริเวณตาด้วย

ในกรณีทำการรักษาด้วยการผ่าตัด ต้องมีภาพถ่ายในช่องปากบริเวณที่ทำการผ่าตัด อย่างน้อย 4 ภาพ ดังนี้

- ก่อนทำการผ่าตัด
- ขั้นตอนระหว่างการผ่าตัดอย่างน้อย ๑ ภาพ
- suturing
- ประเมินผลการรักษา 12 เดือน

ระดับความยากของกรณีผู้ป่วย (Degree of difficulty)

ความยากของกรณีผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยที่ส่งต้องมีความยากในระดับปานกลางขึ้นไป แนวทางในการพิจารณา ระดับความยากของกรณีผู้ป่วย มีดังนี้

1. ความยากระดับต่ำ : สภาพก่อนการรักษาไม่ซับซ้อนมาก และสามารถคาดการณ์ผลสำเร็จของการรักษาได้แม้ ได้รับการรักษาจากทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์จำกัด

2. ความยากระดับปานกลาง : สภาพก่อนการรักษามีความซับซ้อนในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังตัวอย่างในตาราง

3. ความยากระดับสูง : สภาพก่อนการรักษามีความซับซ้อนมาก ดังตัวอย่างในตาราง

Criteria และ subcriteria	ความยากระดับปานกลาง	ความยากระดับสูง
A. PATIENT CONSIDERATION		
MEDICAL HISTORY	One or more medical problems (ASA Class 2 : Patient with mild degree of systemic illness, but without functional restrictions, e.g., well-controlled hypertension)	Complex medical history / serious illness / disability (ASA Classes 3-5) Class 3: Patient with severe degree of systemic illness which limits activities, but does not immobilize the patient. Class 4: Patient with severe systemic illness that immobilizes and is sometimes life threatening. Class 5: Patient will not survive more than 24 hours whether or not surgical intervention takes place.
ANESTHESIA	Vasoconstrictor intolerance Difficulty achieving anesthesia	
PATIENT DISPOSITION	Anxious but cooperative	Uncooperative
ABILITY TO OPEN MOUTH	Limitation in opening	

GAG REFLEX	Gags occasionally with radiographs/ treatment	Extreme gag reflex which has compromised past dental care
EMERGENCY CONDITION	Moderate pain or swelling	Severe pain or diffuse swelling
B. DIAGNOSTIC AND TREATMENT CONSIDERATIONS		
DIAGNOSIS	Extensive differential diagnosis of usual signs and symptoms required	- Confusing and complex signs and symptoms : difficult diagnosis - History of chronic oral/facial pain
RADIOGRAPHIC DIFFICULTIES	Moderate difficulty obtaining/interpreting radiographs (e.g., high floor of mouth, narrow or low palatal vault, presence of tori)	Extreme difficulty obtaining/interpreting radiographs (e.g., superimposed anatomical structures)
TOOTH ISOLATION	Pretreatment modification required for rubber dam isolation	Extensive pretreatment modification required for rubber dam isolation
MORPHOLOGIC ABERRATIONS OF CROWN	- Full coverage restoration - Porcelain restoration - Bridge abutment - Moderate deviation from normal tooth/root form (e.g., taurodontism, microdens) - Teeth with extensive coronal destruction	- Restoration, <u>crown axis significantly differs from root axis</u> - Significant deviation from normal tooth/root morphology (e.g., fusion, dens in dente)
CANAL AND ROOT MORPHOLOGY	- Moderate curvature (20-30°) - Crown axis differs moderately from root axis. Apical opening 1-1.5 mm in diameter	- Extreme curvature (>30°) or S-shaped curve - Mandibular premolar or anterior with ≥ 2 roots/canals - Maxillary premolar with 3 roots - Canal divides in the middle or apical third. - Very long premolar/molar (>25 mm)
RADIOGRAPHIC APPEARANCE OF CANAL(S)	-Canal(s) and chamber visible but narrow in size more than one view -Pulp stones	- Indistinct canal path - Pulp chamber not visible in all views - Extensive pulp stone

RESORPTION	- Internal resorption - External resorption - Extensive apical resorption	- Extensive internal resorption - Extensive external resorption
C. ADDITIONAL CONSIDERATIONS		
TRAUMA HISTORY	- Complicated crown fracture of mature teeth - Subluxation	- Complicated crown fracture of immature teeth - Complicated crown/root fracture of mature teeth - Horizontal root fracture - Alveolar fracture - Intrusive, extrusive or lateral luxation - Avulsion
ENDODONTIC TREATMENT HISTORY	Previous access without complications	- Previous access with complications (e.g., perforation, non-negotiated canal, ledge, separated instrument) - Previous surgical or nonsurgical endodontic treatment completed
PERIODONTAL-ENDODONTIC CONDITION	- Concurrent moderate periodontal disease - Combined endodontic/periodontic lesion	- Concurrent severe periodontal disease - Cracked teeth with periodontal complications

ภาคผนวก ๓

ตัวอย่างการเขียนรายงานผู้ป่วย

THAI BOARD OF ENDODONTICS

CASE HISTORY REPORT

Case Report Number: 1

Candidate Number:

Patient Age: 42Date Case Started: 29-09-04Patient Sex: FemaleDate Case Finished: 01-11-04Date of Last Recall: 28-11-05

A. TOOTH: 36

B. PROCEDURE CATEGORY: NS-RCT

SUBCATEGORY: Pain control

CHIEF COMPLAINT: "I have had a tooth ache in the lower left quadrant for 3 days since the crown fractured when biting on a nut."

C. MEDICAL HISTORY: Patient did not report any allergies, not taking any medication, and stated to be in good health. BP 120/80 mmHg, PR 74 bpm.

D: DENTAL HISTORY:

Patient had been regular attendee to dentist and reported previous difficulty to be anesthetized. Tooth # 36 had large amalgam restoration and lingual aspect of crown had broken 3 days ago. The tooth was aching at night and hypersensitive to cold and hot food and became extensively painful over the last few days. She had taken 800 mg Ibuprofen one tablet q.i.d. since last night.

E. CLINICAL EVALUATION: (Diagnostic Procedures)

Exam: Tooth 36 had distoocclusal amalgam restoration with the lingual half of the crown broken off. There was carious lesion at the cemento-enamel junction at distolingual corner extended to subgingival level. Teeth 35, 34 had intact crowns and tooth 37 had amalgam restoration on occlusal surface.

Tests:	tooth	35	36	37
	Cold	WNL	++	WNL
	Percussion	WNL	++	WNL
	Palpation	WNL	WNL	WNL
	Mobility	WNL	WNL	WNL

Periodontal probing depths were 3 mm around the teeth.

(WNL=within normal limits, ++ = moderate pain)

Radiographic Interpretation: Tooth 36 had occlusal and disto-occlusal radiopaque restoration and large radiolucency at distal aspect of crown and underneath the restoration consistent with broken crown and carious lesion. The mesial root had moderate curve with thin root canal space. There was thickened PDL space at distal root. Teeth 35 and 37 had normal root canals and intact lamina dura. Alveolar bone of all teeth were WNL.

F. PRE-TREATMENT DIAGNOSIS:

Pulpal: Symptomatic irreversible pulpitis

Periradicular: Symptomatic apical periodontitis

Others (If any): _____

Differential diagnosis (if any): _____

G. TREATMENT PLAN:

Recommended:

Emergency treatment: Pulpectomy

Ideal treatment: NS-RCT

Alternative treatment: Extraction

Definitive treatment: NS-RCT

Restoration: Post and core with crown

Prognosis: Favorable

H. CLINICAL PROCEDURES: (Treatment Record)**Date:****Operations:**

29-09-04 BP 120/80 mmHg, PR 74 bpm Treatment options, potential risks and complications, and prognosis were discussed with patient. Periodontic and prosthodontic consultation performed and confirmed the need of crown lengthening. Patient agreed to follow the treatment plan. Patient consented for NS-RCT. Upon history of difficulty to be anesthetized, 1.8 ml 2% lidocain with 1: 100,000 epinephrine was administered via Gow- Gates technique. Patient reported completely numb in the half left of lower lip and tongue. Rubber dam isolation(RDI). Amalgam restoration was removed. Access was gained. Four orifices were found and canals negotiated. Working lengths were determined by apex locator and a radiograph was taken to confirmed the lengths. All canals were cleaned and shaped by rotary Profiles with crown-down technique, canals copiously irrigated with 5.25% NaOCL, and dried. Ca (OH) 2 placed by lentulo spiral, sealed with IRM. Occlusion was checked and adjusted. The patient was referred to the periodontic clinic for crown lengthening.

01-11-04 BP 120/80 mmHg, PR 74 bpm. Patient reported doing fine since last visit. Tooth 36 had crown lengthening done 6 weeks ago and the surgical site healed well. Periodontal probing depths were 3 mm around the tooth. Tooth36 responded to percussion WNL. RDI. Mesial and distal canals were cleaned and shaped at their working lengths with rotary Profiles to #35 and 40, respectively, canals were copiously irrigated with 5.25% NaOCL and 8 cc of 17% EDTA, dried and filled. Sealed with IRM. The patient was referred to the Prosthetic clinic for post-core and crown.

CANAL (M,B,D,L,etc.)	WORKING LENGTH	APICAL SIZE*	OBTURATION MATERIALS AND TECHNIQUES
MB	20.5	35	Gutta percha, AH PLUS, Lateral compaction
ML	20.0	35	Gutta percha, AH PLUS, Lateral compaction
DB	19.5	45	Gutta percha, AH PLUS, Lateral compaction
DL	19.5	45	Gutta percha, AH PLUS, Lateral compaction

*Size of the largest instrument used at the apex

I. POST-TREATMENT DIAGNOSIS (If different):

Pulpal: no change

Periradicular: no change

HISTOPATHOLOGIC DIAGNOSIS (If biopsy)_____

J. POST OPERATIVE EVALUATIONS: (Last recall must be 12 months minimum)

05-01-05 Patient presented for 2-month follow-up. IRM was intact. Tooth 46 responded to percussion, mobility and palpation WNL. Periodontal probing depths were 3 mm around the tooth. Periapical radiograph revealed tooth 46 had slightly thickened periodontal space at distal root indicative of incomplete healing of apical lesion. Patient was reiterated the need of permanent restoration.

28-11-05 Patient presented for 1-year follow-up. She reported doing fine. Tooth 46 had intact PFM crown and responded to percussion, mobility and palpation WNL. Periodontal probing depths were 3 mm around the tooth. Periapical radiograph revealed tooth 46 had intact lamina dura around roots indicative of complete healing.

THAI BOARD OF ENDODONTICS

CASE HISTORY REPORT

Case Report Number: 2

Candidate Number:

Patient Age: 53

Date Case Started: 24-01-04

Patient Sex: Female

Date Case Finished: 05-02-04

Date of Last Recall: 01-12-05

A. TOOTH : 46

B. PROCEDURE CATEGORY: S-RCT

SUBCATEGORY: apicoectomy and retrofilling

CHIEF COMPLAINT: "I experience pain upon biting and have persistent swelling on the right side mucosa, cheek side to the molar tooth."

C. MEDICAL HISTORY:

Mild hypertension has been controlled by diet and exercise otherwise non-contributory
BP 140/90 mmHg, PR 74 bpm

D. DENTAL HISTORY:

Patient had been a regular dental attendee all her life and received a moderate amount of dental treatment with restoration and gold crowns. She reported having a cracked tooth in lower right quadrant many years ago. The tooth had root canal treatment due to spontaneous pain and full metal crown was placed on tooth 46. The tooth 46 has never been asymptomatic, surgery was done 1 year later. The tooth had occasional mild pain and swelling at buccal side of the tooth on and off, never went away.

E. CLINICAL EVALUATION: (Diagnostic Procedures)

Exam: Teeth 46 and 47 had full gold crowns. Tooth 45 was sound. At buccal aspect of tooth 46, swelling with firm consistency and normal color and texture of mucosa were present.

Tests:	tooth 45	46	47
EPT	WNL	NA	WNL
Percussion	WNL	+	WNL
Palpation	WNL	+	WNL
Mobility	WNL	WNL	WNL

Periodontal probing depths were 3 mm around the teeth.

(WNL=within normal limits, + = mild pain/tenderness)

Radiographic Interpretation: Tooth 46 had radiopaque mass filled in mesial and distal root canals. Mesial and one of the two distal root apices had 1x2 and 1x1 mm round-shaped metal restorations with 8x8 diffuse border and 4x4 mm well defined radiolucent lesions respectively. Another distal root had filled root canal with intact lamina dura and normal PDL space. Teeth 45 and 47 had normal root canals and intact lamina dura. Alveolar bone was WNL.

F. PRE-TREATMENT DIAGNOSIS:

Pulpal: Previously treated

Periradicular: Acute apical abscess

Others (If any): _____

Differential diagnosis: _Vertical root fracture

G. TREATMENT PLAN:

Recommended:

Emergency treatment none

Ideal treatment Apicoectomy and retrofilling

Alternative treatment Extraction

Definitive treatment S-RCT (apical curettage, apicoectomy and retrofilling)

Restoration: NA

PROGNOSIS: Questionable

H. CLINICAL PROCEDURES: (Treatment Record)**Date:****Operations:**

4-01-04 BP 140/90 mmHg, PR 74 bpm. Treatment options, potential risks and complications, and prognosis were discussed with patient. Patient consented for S-RCT.

30-01-04 BP 135/85 mmHg, PR 74 bpm. LA with 1.8 ml of 2% lidocain 1:100,000 epinephrine via IANB and 1.8 ml of 2% lidocain 1:50,000 epinephrine via infiltration. One vertical incision at mesial aspect of tooth 44 and sulcular incision from tooth 44 to distal aspect of tooth 47 performed. Full thickness mucoperiosteal flap reflected. Mental foramen identified and protected. A cortical bone defect associated with the mesial and distal apices of tooth 46 observed. Apical tissue curetted and removed from periapical lesions, and sent to biopsy. Amalgam restoration and black discolored apical root dentin of mesial and distobuccal roots removed by fissure bur with impact air handpiece, simultaneously rinsed with sterile normal saline solution. No crack or fracture line evident using methylene blue dye stained. 3-mm deep retro-preparation made by ultrasonic surgical tip..., dried and filled with Super EBA, and the retrofilling was finished with carbide fissure bur. Surgical site carefully rinsed with sterile normal saline solution. Post-op radiograph was taken. Flap was repositioned and compressed. Sutured back with 5 interrupted 4.0 gut sutures.

Rx: (1) 400 mg Ibuprofen x 12 tablets one tablet q.i.d. p.c. (2) 0.12% chlorhexidine solution for mouth rinse b.i.d. (3) Cold pack for compression after surgery. Oral hygiene instruction was given to patient.

31-01-04 Patient presented for 24-hour post-operative evaluation. She reported mild pain after the anesthesia wore off and had been taking 400 mg Ibuprofen one tablet q.i.d.p.c. There was slight swelling in the surgical area and the sutures were intact.

05-02-04 Patient presented for post-operative evaluation. There was slight swelling in the surgical area but no sign of infection and good tissue healing. Sutures were lost.

CANAL (M,B,D,L,etc.)	WORKING LENGTH	APICAL SIZE*	OBTURATION MATERIALS AND TECHNIQUES

* Size of the largest instrument used at the apex)

I. POST-TREATMENT DIAGNOSIS (If different):

Pulpal: _____

Periradicular: _____

HISTOPATHOLOGIC DIAGNOSIS(If biopsy) : Acute apical abscess

J. POST OPERATIVE EVALUATIONS:(Last recall recorded must be 12 months minimum)

07-07-04 Patient presented for a 5-month follow-up. She reported doing fine. Tooth 46 responded to percussion, mobility, and palpation WNL. Periodontal probing depths were 3 mm around the tooth. A periapical radiograph revealed decreased in size of periapical radiolucent lesions of mesial and distobuccal roots indicative of incomplete healing of apical lesions.

01-12-05 Patient presented for 1-year and 10-month follow-up. She reported doing fine. Tooth 46 responded to percussion and palpation WNL. Periodontal probing depths were 3 mm around the tooth. A periapical radiograph revealed intact lamina dura of mesial and distobuccal roots indicative of complete healing.

ภาคผนวก ๔

หัวข้อการให้คะแนนรายงานผู้ป่วย

การให้คะแนนรายงานผู้ป่วย พิจารณาจากข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาพรังสี

- มุมในการถ่ายภาพรังสีถูกต้อง ครบคลุมรอยโรค ไม่ elongation หรือ forshortening ไม่มี overlapping หรือ cone cut
- มีคุณภาพการล้างฟิล์มและการจัดเก็บดี ฟิล์มมี contrast ดี ไม่ต่างเหลือง
- มีจำนวนฟิล์มเหมาะสม

2. การวินิจฉัยโรค

- Subjective information รวบรวมข้อมูลดี มีความสัมพันธ์นำไปสู่การวินิจฉัยและ/หรือการวินิจฉัยแยกโรค
- Objective information การตรวจและการทดสอบต่างๆ มีความสัมพันธ์นำไปสู่ มีความสัมพันธ์นำไปสู่การวินิจฉัยและ/หรือการวินิจฉัยแยกโรค
- การแปลภาพรังสี ถูกต้องครบถ้วน
- การวินิจฉัยโรค ถูกต้องสมบูรณ์ และวินิจฉัยแยกโรคในกรณีที่เหมาะสม

3. การวางแผนการรักษา

- Emergency treatment
- วางแผนการรักษา พร้อมเหตุผล ทั้ง Ideal treatment plan, Alternative treatment plan, Definitive treatment plan และ Restorative plan พร้อมเหตุผล
- Prognosis พร้อมเหตุผล

4. ขั้นตอนให้การรักษา

- การเขียนรายงานผู้ป่วย อ่านเข้าใจง่าย ไม่สับสน
- ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง กระชับ ตรวจสอบได้
- ความถูกต้องของงานลำดับการรักษามีเหตุผล
- แสดงให้เห็นความสามารถในการรักษา
- การใช้ยาถูกต้องเหมาะสม
- Post treatment diagnosis / Biopsy (ถ้ามี)

5. คุณภาพงาน

- ผลงานการรักษาจนเสร็จ คุณภาพการขยายคลองรากฟัน และการอุดคลองรากฟัน
- การบูรณะส่วนตัวฟันเหมาะสม
- แสดงให้เห็นความสามารถพิเศษในการรักษา
- ผลงานจาก Recall: แปลภาพรังสีถูกต้อง ภาพรังสีแสดงว่ามีการหายเกิดขึ้น
- Restoration เหมาะสม ไม่มีผลเสียต่อ success และ longevity

6. ระดับความยาก (degree of difficulty)

ภาคผนวก ๕

Check list รายงานผู้ป่วย

Check list รายงานผู้ป่วย สำหรับการสอบปากเปล่าและรายงานผู้ป่วย สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์

		ครบ
1	รายงานผู้ป่วย จำนวน 10 ราย มีความหลากหลายของชนิดของการรักษา (subcategory ไม่ซ้ำกัน)	
2	รายงานผู้ป่วย ประกอบด้วย 1. การรักษาทางเอ็นโดดอนติกส์ด้วยวิธีสัลยกรรม หรือ การรักษาคลองรากฟันที่มีการรื้อเครื่องมือหักออกทั้งหมด 1 ราย 2. การรักษาคลองรากฟันซ้ำ (retreatment) ในฟันกราม 1 ราย 3. การรักษาคลองรากฟันอื่น ๆ อีก 8 ราย ที่ไม่ซ้ำกับข้อ 1 และข้อ 2	
3	ในรายงานผู้ป่วยและเอกสารทุกชนิด / ผลการตรวจชิ้นเนื้อ / ความเห็นหรือคำแนะนำจากแพทย์ ไม่ปรากฏชื่อผู้ป่วย/ทันตแพทย์/แพทย์ และสถานที่ที่ให้การรักษาราย	
4	Date of Last Recall ห่างจาก Date Case finished อย่างน้อย 12 เดือน	
5	Subcategory ตรงกับจุดเด่น/ความน่าสนใจของเคส และผู้สมัครได้แสดงความสามารถในการจัดการตาม subcategory ให้เป็นที่ประจักษ์	
6	กรณี interdisciplinary case ผู้สมัครต้องมีส่วนร่วมวางแผนการรักษาและมีส่วนร่วมในการรักษาตลอดการรักษา	
7	ภาพรังสีครบและมีจำนวนเหมาะสม อย่างน้อยที่สุด 4 ภาพ คือ pre-operative, LT (หรือ TMC), obturation (without rubber dam), recall - กรณี Retreatment ต้องมีภาพรังสีแสดงการรื้อวัสดุอุดคลองรากฟันเดิมออกหมดแล้ว	
8	ภาพรังสี recall แสดงให้เห็นว่ามีการหาย หรือมี sign of healing ที่ชัดเจน	
9	กรณีภาพรังสีดิจิทัล ต้องพิมพ์ภาพจากไฟล์ที่ส่ง บนกระดาษคุณภาพสูง ขนาดภาพประมาณ 3x5 นิ้ว โดยไม่มีการ crop ภาพและภาพไม่ distort หรือ อัดภาพลงบนกระดาษอัดภาพชนิดมัน โดยเรียงลำดับภาพตามขั้นตอนการรักษา พร้อมทั้งระบุวันเดือนปี และขั้นตอนที่ทำให้ชัดเจน พร้อมส่ง CD ที่มีไฟล์ภาพ 1 เคส ต่อ CD 1 แผ่น	
10	กรณีทำการรักษาด้วยการผ่าตัด ต้องมีภาพถ่ายในช่องปากบริเวณที่ทำการผ่าตัด อย่างน้อย 4 ภาพ ดังนี้ ก่อนผ่าตัด, ระหว่างขั้นตอนผ่าตัด, suturing, recall	
11	TREATMENT PLAN มีเหตุผลประกอบการวางแผนการรักษาทุกหัวข้อ	
12	ส่งรายงานผู้ป่วย ภาพรังสี หลักฐานประกอบ ต้นฉบับ 1 ชุด และเอกสารรายงานผู้ป่วย ภาพรังสี พร้อมหลักฐานประกอบครบเหมือนต้นฉบับ อีก 1 ชุด ในรูปแบบดิจิทัล	

13	การจัดแฟ้มรายงานผู้ป่วย: รายงานผู้ป่วย 1 เคส เย็บมุม ใส่ช่องเอกสารแบบใส(สำหรับใส่แฟ้มเจาะรู) 1 ซอง แล้วเรียงใส่แฟ้มคู่กับซองใสใสภาพรังสี ตามลำดับเคสที่ 1-10	
14	เตรียมข้อมูลหรือหลักฐานประกอบกรณีผู้ป่วย ตามความจำเป็นและเหมาะสมกับกรณีผู้ป่วย เพื่อให้กรรมการสอบเข้าใจและประจักษ์ถึงความสามารถของผู้สมัครในฐานะผู้เข้าสอบเพื่อขอรับอนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร	