



## การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....HN.....

ปัจจัย	แนวทางปฏิบัติ
ส่วนที่ 1 - สถานะสุขภาพ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว, ผู้ป่วยเด็กพิเศษ	<input type="checkbox"/> แนะนำการดูแลกับผู้ปกครอง
<b>ส่วนที่ 2 - การตรวจช่องปากและการตรวจภาพรังสี</b>	
มีคราบจุลินทรีย์ที่ชัดเจน	ฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปาก (แปรงฟัน,ไหมขัดฟัน) - วิธีแปรงฟันที่แนะนำ.....จำนวนครั้ง.....วัน **ไม่ให้เด็กบ้วนน้ำหลังแปรงฟัน** <input type="checkbox"/> เด็กแปรงเอง <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองแปรงให้ <input type="checkbox"/> เด็กแปรงแล้วผู้ปกครองแปรงซ้ำ - การใช้ไหมขัดฟัน <input type="checkbox"/> เด็กทำเอง (ผู้ปกครองดูแล) <input type="checkbox"/> ผู้ปกครองทำให้
Active white spot lesion	<input type="checkbox"/> จ่าย 0.05 % NaF MW (เด็กอายุ > 6 ปี)
ฟันผุในชั้นเคลือบฟันหรือลึกกว่าภาพรังสี	<input type="checkbox"/> Remineralization ด้วย..... <input type="checkbox"/> Restoration
การเลือกใช้ Professional fluoride	<input type="checkbox"/> 1.23% APF gel <input type="checkbox"/> 5% NaF varnish
มีความผิดปกติผิวฟันและหลุมร่องฟันลึก ในฟันกรามแท้	<input type="checkbox"/> Resin sealant <input type="checkbox"/> GI sealant
<b>ส่วนที่ 3 - ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันฟันผุ</b>	
ปริมาณยาสีฟันที่เลือกใช้	<input type="checkbox"/> พอเปียกแปรง <input type="checkbox"/> ความกว้างของแปรง <input type="checkbox"/> ความยาวของแปรง
ดูนมรสหวานที่มีน้ำตาลจากขวดนม	ผู้ปกครองเลือกวิธี <input type="checkbox"/> ใส่นมจืด <input type="checkbox"/> ใส่ น้ำ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
ดูนมกลางคืนหลังอายุ 12 เดือน	ผู้ปกครองเลือกวิธี <input type="checkbox"/> กล่อมลูกให้หลับต่อ <input type="checkbox"/> ดูดน้ำ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....
รับประทานอาหารว่าง/ขนม/เครื่องดื่ม ที่มี น้ำตาลระหว่างมื้อหลักมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน	<input type="checkbox"/> ทดแทนอาหารอื่นแทนอาหารที่มีน้ำตาล (ด้วยอะไร มื้อใด) ..... <input type="checkbox"/> กินอาหารที่มีน้ำตาลในมื้ออาหาร (อาหารชนิดใด) ..... <input type="checkbox"/> ลดความถี่ของอาหารที่มีน้ำตาล (จะลดอะไร มื้อใด) .....
ใส่เครื่องมือในช่องปาก	<input type="checkbox"/> จ่าย 0.05 % NaF MW (เด็กอายุ > 6 ปี)

ความร่วมมือของผู้ปกครองในการปฏิบัติและการปรับเปลี่ยนตามความเป็นไปได้ของภาวะแวดล้อมของครอบครัว

ลงชื่อ...../.....

นักศึกษา/อาจารย์