



ที่ อบ๐๑๓๒/ว. ๕๖๓.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
ถนนศรีณรงค์ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอแจ้งแผนออกประเมินการยึดติดเคี็ลือบหลุมร่องฟัน จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๔

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะอาว

อ้างถึง หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๘/ว.๖๓๖๘ ลงวันที่ ๑๒
กรกฎาคม ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดการเตรียมการ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี แจ้ง
แผนการประเมินจัดบริการทันตกรรมและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กนักเรียน ๔-๑๒ ปีแบบ Fee
schedule จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๔ เพื่อประเมินคุณภาพบริการเคี็ลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ ๖ -๑๒ ปี
และเพิ่มคุณภาพการจัดทำข้อมูลบริการ

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จึงขอแจ้งแผนออกประเมินและ
เอกสารในการเตรียมพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งผู้ปกครองเซนต์ไบยินยอมเข้าร่วมโครงการตาม
รายละเอียดที่แนบมานี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายทองคำดี หลักเขต)
สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

งานทันตสาธารณสุข ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ/เวชปฏิบัติครอบครัว

โทร.๐-๔๕๒๔๒๗๘๑ โทรสาร ๐-๔๕๒๔๔๘๓๐

ผู้ประสานงาน นางกนกวรรณ ส่งสุขเลิศสันติ โทร.๐๘๑-๕๔๗๕๐๑๑



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง
 เลขที่รับ..... 1409 / 2564
 ว.ด.ป..... 13 ก.ค. 2564
 เวลา..... 09.33 น.
 ที่รับ.....
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 ถนนพรหมเทพ อป ๓๕๐๐๐

ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๘/รส ๒๕๖๕

๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอแจ้งแผนออกประเมินการยึดติดเคลือบหลุมร่องฟัน จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๕
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง,
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑.แผนออกประเมินฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒.ใบอนุญาตเข้าร่วมโครงการฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓.รายละเอียดการเตรียมกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินโครงการประเมินคุณภาพ
 การจัดการบริการทันตกรรมและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียน ๔-๑๒ ปี แบบ Fee schedule
 จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพบริการเคลือบหลุมร่องฟัน
 ในเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี และเพิ่มคุณภาพการจัดทำข้อมูลบริการ

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงขอแจ้งแผนออกประเมินการยึดติด
 เคลือบหลุมร่องฟัน จังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๕ ในวันที่ ๔-๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ โดยขอความ
 อำนวยความสะดวกให้เตรียมนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ผู้ปกครอง consent ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ,
 เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินการยึดติดของวัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน รายละเอียด
 ตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

รณ พล.ต. นพ. *(Handwritten signature)*
 ขอแสดงความนับถือ
 - กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.อุบลราชธานี
 จ.อุบลราชธานี ๒๕๖๕
 ทัศนิตภาพ ใน ๓๓ ๖๖ ๖๖
 ใน วันที่ 4 สิงหาคม ๒๕๖๕ ที่
 สร. บ้านปะทาย
 - สสจ.อุบลราชธานี
 โทรสาร ๐๕๕ ๒๕๑๘๑๘
 โทร ๐๖ ๔๖๕๖ ๑๐๕๕

(นางน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
 โทร ๐๕๕ ๒๕๒๒๒๕ ต่อ ๓๐๒
 โทรสาร ๐๕๕ ๒๕๑๘๑๘
 จารุวรรณ ๐๖ ๔๖๕๖ ๑๐๕๕

(Handwritten signature)

(นายทรงศักดิ์ หลีกเขต)
 สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
 13 ก.ค. 2564

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1

ตารางแผนออกประเมินการยึดติดเคลือบหลุมร่องฟัน จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2564

วัน เดือน ปี ที่ ออกประเมิน	อำเภอ	จำนวนนักเรียนที่ ต้องสุ่ม (คน) (20%)	รายชื่อโรงเรียนที่สุ่ม ประเมิน	ชื่อผู้ประเมิน
4 ส.ค.64 (เช้า)	เขื่องโน	70	เขื่องโนเจริญราษฎร์	1.ทพญ.ธัญชนก รักษานช่าง/นางจากรวรรณ ศรีสูงเนิน
4 ส.ค.64 (บ่าย)	50 พรรษาฯ	80	บ้านปะอาว	2.นายศตวรรษ ศรีสมบัติ/นางรำไพพัทธ์ นิตอมรบดี 3.ทพญ.ภัทรนันท์ สวัสดิ์/นางรัตติยา ศรีดารา
5 ส.ค. 64 (เช้า)	กุดข้าวปุ้น	30	บ้านโนนหอม/บ้านน้ำเกลือ	1.ทพญ.ธัญชนก รักษานช่าง/นางจากรวรรณ ศรีสูงเนิน
5 ส.ค. 64 (เช้า)	เหล่าเสือโก้ก	25	บ้านดอนกลอยนากลาง	2.ทพญ.ภัทรนันท์ สวัสดิ์/นางรัตติยา ศรีดารา
5 ส.ค. 64(บ่าย)	ม่วงสามสิบ	40	ม่วงสามสิบ (อำนาจปฎิญา)	3.นางลำไย ยิ่งรุ่งโรจน์/น.ส.เนตรดาว คลายโคก
5 ส.ค. 64 (เช้า)	ศรีเมืองใหม่	70	อนุบาลศรีเมืองใหม่	1.ทพญ.นลินธยา ฉัตรเอกเจริญ/นายประสิทธิ์ คุณแสน ไส
5 ส.ค. 64(บ่าย)	ตระการพืชผล	80	ตระการพืชผล	2.นายศตวรรษ ศรีสมบัติ/นางรำไพพัทธ์ นิตอมรบดี 3.ทพญ.พิมพ์ขวัญ กลมกล่อม/ทพ.นครินทร์ ตู้ธีระ
6 ส.ค. 64 (เช้า)	เขมราฐ	75	บ้านห้วยยาง	1.ทพญ.ธัญชนก รักษานช่าง/นางจากรวรรณ ศรีสูงเนิน
6 ส.ค. 64 (เช้า)	นาตาล	25	บ้านนากลาง	2.ทพญ.ภัทรนันท์ สวัสดิ์/นางรัตติยา ศรีดารา
6 ส.ค. 64(บ่าย)	โพธิ์ไทร	40	บ้านคำมณี	3.ทพญ.พิมพ์ขวัญ กลมกล่อม/ทพ.นครินทร์ ตู้ธีระ
6 ส.ค. 64 (เช้า)	วารินชำราบ	120	อนุบาลบ้านเด็ก	1.ทพญ.นลินธยา ฉัตรเอกเจริญ/นายประสิทธิ์ คุณแสน ไส
6 ส.ค. 64(บ่าย)	สำโรง	25	บ้านหนองไฮ	2.ทพญ.ราณีวรรณ วรวัฒน์ปรียากร/น.ส.ธัญวรินทร์ ไส ศรีสุขซ์
9 ส.ค. 64 (เช้า)	ดอนมดแดง	30	บ้านเหล่าแดง	3.ทพญ.ปฐมรัตน์ อินทรีย์/น.ส.ฐานิศา เข้มเพชร
9 ส.ค. 64 (เช้า)	ตาลชุม	30	บ้านนาห้วยแคน	1.ทพญ.นลินธยา ฉัตรเอกเจริญ/นายประสิทธิ์ คุณแสน ไส
9 ส.ค. 64(บ่าย)	รพ.สรรพสิทธิฯ	45	อุบลวิทยาคม	2.ทพญ.ภัทรนันท์ สวัสดิ์/นางรัตติยา ศรีดารา 3.นางลำไย ยิ่งรุ่งโรจน์/น.ส.เนตรดาว คลายโคก
9 ส.ค. 64 (เช้า- บ่าย)	เดชอุดม	120	อนุบาลนาคนามุขเทศอุดม	1.ทพญ.ราณีวรรณ วรวัฒน์ปรียากร/น.ส.ธัญวรินทร์ ไส ศรีสุขซ์
10 ส.ค. 64(เช้า)	พิบูลมังสาหาร	90	อนุบาลพิบูลมังสาหารวิ ภาคย์ฯ	2.นายศตวรรษ ศรีสมบัติ/นางรำไพพัทธ์ นิตอมรบดี 3.ทพญ.ปฐมรัตน์ อินทรีย์/น.ส.ฐานิศา เข้มเพชร
10 ส.ค.64(บ่าย)	สว่างวีระวงศ์	25	บ้านคำโพธิ์โคกกอง	3.ทพญ.ปฐมรัตน์ อินทรีย์/น.ส.ฐานิศา เข้มเพชร
10 ส.ค. 64(เช้า)	นาจะหลวย	25	นาจะหลวย กร.ป.กลางฯ	1.นายศตวรรษ ศรีสมบัติ/นางรำไพพัทธ์ นิตอมรบดี
10 ส.ค. 64(เช้า)	บุณฑริก	55	บ้านโนนสวรรค์	2.นางลำไย ยิ่งรุ่งโรจน์/น.ส.เนตรดาว คลายโคก
10 ส.ค.64(บ่าย)	นาเยี่ย	15	บ้านหินลาด	3.นายเจษฎาพันธ์ ทหารเสือ/น.ส.พนิดา ศิลปชาติ
11 ส.ค. 64(เช้า)	สิรินธร	50	ไทยรัฐวิทยา87	1.ทพญ.ธัญชนก รักษานช่าง/นางจากรวรรณ ศรีสูงเนิน
11 ส.ค.64(บ่าย)	โขงเจียม	50	บ้านด่าน	2.ทพญ.ปฐมรัตน์ อินทรีย์/น.ส.ฐานิศา เข้มเพชร 3.ทพญ.ราณีวรรณ วรวัฒน์ปรียากร/น.ส.ธัญวรินทร์ ไส ศรีสุขซ์

CODE

ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ สำหรับอาสาสมัครอายุ 6-12ปี

โครงการประเมินคุณภาพการจัดการบริการทันตกรรมและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กวัยเรียน 4-12 ปี

แบบ Fee schedule จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ให้คำยินยอม.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนลงนามในใบยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากคณะกรรมการ

โดยในโครงการนี้ เด็กในปกครองของข้าพเจ้า จะได้รับการตรวจช่องปากจากทันตบุคลากร ซึ่งการตรวจนี้มีความเสี่ยงน้อยไม่ต่างจากการตรวจฟันตามปกติ พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก หากมีอันตรายใดๆเกิดในระหว่างการตรวจครั้งนี้ เด็กในปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิสวัสดิการที่มีในการรักษาพยาบาลของเด็ก ข้อมูลของเด็กในปกครองของข้าพเจ้า จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอเฉพาะส่วนสรุปเป็นผลการสำรวจระดับจังหวัด ข้าพเจ้ายินยอมให้เด็กในปกครองของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้ด้วยความสมัครใจ

ข้าพเจ้าผู้ปกครอง ด.ช./ด.ญ.....ได้อ่านข้อความในเอกสาร และลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้ให้ความยินยอมแทนอาสาสมัคร

() .

ลงนาม.....พยาน

()

ลงนาม.....พยาน

()

การเตรียมกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันซี่ 16,17, 26 ,27,36,37,46,47 ในปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม 2562-เดือนกันยายน 2563) รายละเอียดการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1.เตรียมนักเรียนให้เท่ากับจำนวนตัวอย่าง เฉลี่ย ป.2-ป.6 ให้ได้จำนวนเท่าๆกัน
- 2.เตรียมรายชื่อนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ชุด
- 3.เตรียมใบยินยอมให้การตรวจฟัน ผู้ปกครองและพยานเซ็นให้เรียบร้อย (สิ่งที่ส่งมาด้วย 2)
(พยานคนที่ 1 คือคุณครู พยานคนที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากร)
- 4.เตรียมผลการเคลือบหลุมร่องฟันของนักเรียนในปีงบประมาณ 2563 (ปรับจากโปรแกรมJhcis , HI)
(ตัวอย่างตามเอกสารแนบ)
- 5.ให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างแปรงฟันก่อนรับการตรวจฟัน
- 6.เอกสาร หมายเลข 3 และ 4 เย็บรวมกัน เรียงลำดับตามรายชื่อเอกสารหมายเลข 2

หมายเหตุ ขอความอนุเคราะห์ให้อำเภอจัดเตรียมอุปกรณ์ดังนี้

- 1.เก้าอี้สนาม+โคมไฟ จำนวน 3 ชุด
- 2.ชุดตรวจ (จำนวนเท่ากับนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง)
- 3.ถุงมือเบอร์ S,M ,หมวกคลุมผม,Surgical mask, เสื้อกาวน์ PPE,สำลีสเตอไรด์, ถังแดงสำหรับใส่ขยะติดเชื้อ

ใบสั่งยา (...นอก CUP)

สถานบริการ: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองปานแขมเจริญ(เครือข่าย รพ.เดชอุดม) ต.เมืองเดช อ.เดชอุดม จ. เลขที่ 395251
 เลขที่ทั่วไป 41546 วันที่รับ ๙ มกราคม 2563 เวลา : 16:08:22-16:17:41 น. เลขบัตร ปช 1347600070745
 ชื่อ -สกุล:ด.ช.ณัฏกร เจริญเขาว์ วันเกิด:8 กรกฎาคม 2555 อายุ ถึงวันบริการ:7-6-1
 ที่อยู่ : - น.- ด.- อ.- จ.- การสูบบุหรี่:..

นน: 23.7 กก. สส: 125.0 ซม. BMI: ... รอบเอว: ซม. อุณหภูมิ: 37.0 ชีพจร: 80 หายใจ: 20 น้ำตาล:... ความดัน: /
 อาการสำคัญ: ตรวจฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์
 อาการร่วม,ประวัติป่วยครั้งนี้:
 ผลการตรวจฯ:-
 คำวินิจฉัยฯ:ตรวจฟัน

วินิจฉัย: ตาในวงเส้นผ่าศูนย์กลาง(ถ้ามี) => 01 คือ Principle Dx ,04 คือ Other ,05 คือ External Cause

1. (04)-K02.0 - ฟันผุที่จำกัดเฉพาะเคลือบฟัน

รายการยา	จำนวน	หน่วย	ราคา	วิธีใช้ยา	ผู้สั่ง
1. การตรวจและการประเมินสภาพช่องปากทั้งปาก และวางแผนการรักษา (Comprehensive oral evaluation)	1		70.00		ธิดาวรรณ บัวแย้ม
2. Oral hygiene instructions	1		70.00		ธิดาวรรณ บัวแย้ม
3. การเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์ในเด็ก (Topical application of fluoride -child)	1		140.00		ธิดาวรรณ บัวแย้ม
4. การเคลือบหลุมร่องฟันแท้36	1		250.00		ธิดาวรรณ บัวแย้ม
5. การเคลือบหลุมร่องฟันแท้46	1		250.00		ธิดาวรรณ บัวแย้ม

วางแผนครอบครัว : ส่งเสริมป้องกัน(EPI) : 1.- หัด คางทูม หัดเยอรมัน นร. ปี. 1

จำนวนเงินตามมูลค่า(ขาย): 780.00 บาท สุขศึกษา: การดูแลสุขภาพช่องปาก
 จำนวนเงินเก็บตามใบสั่งยา 0.00 สิทธิ 04: สิทธิเบิกกรมบัญชีกลาง(บุคคลในครอบครัว)
 รพ. หลัก: สรรพสิทธิประสงค์,โรงพยาบาล เลขที่บัตร 1347600070745
 รพ. รอง: เดชอุดม,รพ.

ลายมือชื่อผู้รับบริการ..... ผู้พิมพ์ใบสั่งยา: น.ส.ธิดาวรรณ บัวแย้ม

โรคประจำตัว: ..ไม่ระบุ..
 ค่าเดือนสุขภาพ: ..ไม่ระบุ..
 อาหารที่แพ้: ..ไม่ระบุ..
 ยาที่แพ้: