

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
เลือก 1 รายการ ๆ ละ 20 คะแนน ตามงานที่ได้รับมอบหมาย (จากรายการที่ 3 – 4 โดยทำเครื่องหมาย ☒ หน้ารายการที่เลือก) 3) ☐ การบริการทันตกรรมในผู้ป่วยทางจิตและหรือระบบประสาท หมายถึง ความสามารถในการบริการทันตกรรม ในผู้ป่วยจิตเวชและหรือระบบประสาท โดยบูรณาการความรู้ด้านทันตกรรมในการตรวจวินิจฉัย รักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสภาพช่องปาก 4) ☐ การให้บริการทางทันตกรรมในผู้ป่วยบกพร่องทางด้านการพัฒนาการและสติปัญญา หมายถึง ความสามารถในการตรวจ วินิจฉัย ประเมิน วางแผนการรักษาและให้การรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยบกพร่องทางด้านการพัฒนาการและสติปัญญา ให้การรักษาทางทันตกรรมร่วมกับการจัดการพฤติกรรมแบบไม่ใช้ยาขั้นพื้นฐาน (Basic behavior management (Non pharmacological behavior management; Basic ; TSD, voice control, modeling, positive reinforcement)) ในเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และใช้วิธีการปรับพฤติกรรมแบบไม่ใช้ยาขั้นสูง (Non pharmacological behavior management; Advanced; Physical restraint, HOME) รวมถึงการให้การรักษาโดยการปรับพฤติกรรมแบบใช้ยา (Pharmacological behavior management; GA, sedation) โดยมีการทำข้อตกลงยินยอมกับผู้ปกครองก่อนการรักษา รวมทั้งถ่ายทอดประสบการณ์หรือองค์ความรู้ในการจัดการทางทันตกรรมผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญาให้ผู้อื่น การส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในผู้ป่วยบกพร่องทางด้านการพัฒนาการและสติปัญญา ได้แก่ การวางแผนทันตกรรมป้องกัน ให้คำแนะนำ โดยมีความรู้และความเข้าใจโดยเข้าใจถึงรากปัญหา ความเสี่ยงการเกิดโรค ซึ่งมีหลายปัจจัยในการเกิดโรคร่วมกันแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย สามารถประยุกต์แผนทันตกรรมป้องกันให้เหมาะสมในผู้ป่วยรายบุคคล รายกลุ่ม หาวิธีการ อุปกรณ์ เทคโนโลยีใหม่ๆ มาช่วย รวมทั้งสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องในการให้ทันตกรรมป้องกันให้กับคนไข้เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา รวมทั้งถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ทันตบุคลากร สหวิชาชีพได้	20	
คะแนนรวมทั้งสิ้น	100	

หมายเหตุ รายละเอียดความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน แต่ละรายการประเมิน ให้พิจารณาตามพจนานุกรมสมรรถนะกรมสุขภาพจิต

ระบุเหตุในการประเมิน

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะ ตำแหน่งทันตแพทย์

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มภารกิจ/กลุ่มงาน

วันที่.....

() เห็นด้วยกับผลการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วย

เหตุผล.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่งผู้อำนวยการ.....

วันที่.....