

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

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงาน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้าน (ถ้ามี)
วันที่.....

() เห็นด้วยกับผลการประเมินข้างต้น

() ไม่เห็นด้วย

เหตุผล.....
.....

(ลงชื่อ).....
(.....)

ตำแหน่งผู้อำนวยการ.....
วันที่.....

หมายเหตุ ประเมินโดยผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ หัวหน้ากลุ่มงานซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล, รองผู้อำนวยการด้านต่าง ๆ ที่กำกับดูแลเหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ (ถ้ามี) และผู้อำนวยการหน่วยงาน เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการประเมิน 1 ระดับได้