

Surgical Safety Checklist for Oral Minor Surgery

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย HN. วันผ่าตัด เวลา

ชื่อหัตถการ ใช้เวลา ชม. โดย /.....

(ส่วน A และ B ให้ขีดเส้นใต้คำที่ต้องการให้ตรวจสอบ / ทำเครื่องหมายถูกในช่อง เมื่อตรวจสอบแล้ว)

A. ก่อนวันนัดทำหัตถการ

1. การจองสถานที่ ห้องผ่าตัดเล็กชั้น 3 คลินิกศัลย์
2. LA. Sedation วิสัญญี คำแนะนำผู้ป่วย NPO
3. การเตรียมสิ่งของ (ภายใน) ภาพรังสีแผ่น ภาพรังสีดิจิทัล วันที่ถ่ายภาพรังสี
- Electrocautery Piezotome Photo VDO Microscope Navigation Composite และเครื่องฉายแสง
- Impression
4. การเตรียมสิ่งของ (ภายนอก) ภาพรังสี วันที่ถ่ายภาพรังสี
- Stent Implant Kits
- Device Support
5. การให้ข้อมูล ผู้ป่วย ครอบครัว แบบบันทึกการวางแผน
6. ยืนยันการนัดกับผู้ป่วยทาง โทรศัพท์ SMS Line, Messenger,
- รายละเอียด ผลตรวจ lab ผลการปรึกษา ยาที่ต้องทานก่อน การหยุดยา NPO ผู้รับส่ง

ขีดเส้นใต้โดย วันที่/...../..... เวลา// ตรวจสอบโดย วันที่/...../..... เวลา

B. ก่อนเริ่มหัตถการ

1. การระบุตัวตนผู้ป่วยโดย การถามชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด หรือ ใข้รูปภาพร่วมด้วย
2. Consent form มี
3. แพทย์ออกเสียงให้ทีมทราบ การวินิจฉัย แผนการทำหัตถการ ตำแหน่งที่จะทำหัตถการ
- ข้อควรระวังในครั้งนี้อยู่ที่ bleeding distant infection local infection healing problem
- hypertension anxiety จำนวนสิ่งของที่อาจหลุดในปาก
- แพ้ยา เพิ่มเติม
4. ผู้ช่วยออกเสียงให้ทีมทราบ vital signs สิ่งของที่ต้องจัดเตรียมครบตามแผน ไม่เป็นไปตามแผน
- แก้ไขโดย
5. การระบุตำแหน่งที่จะทำโดย ผู้ป่วยมองผ่านกระจกสองในปาก ทำตำแหน่งบนเนื้อเยื่อที่จะทำหัตถการ
6. แสดงภาพรังสีที่เกี่ยวข้อง(ถ้ามี) ผ่าน จอมอนิเตอร์ view box

ขีดเส้นใต้โดย วันที่/...../..... เวลา// ตรวจสอบโดย วันที่/...../..... เวลา

C. หลังเสร็จหัตถการ

1. แพทย์ออกเสียงให้ทีมทราบ ผลการทำหัตถการ เป็นไปตามแผน ไม่เป็นไปตามแผน
- ปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
- การแก้ไขปัญหาแทรกซ้อน
- สิ่งของที่อาจหลุดในปากอยู่ครบ
2. สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อ X-ray สังขยา ทำไบนัด ส่งชิ้นเนื้อไปตรวจ consultation refer
3. การให้คำแนะนำผู้ป่วย ปกติ พิเศษ
- บันทึกโดย วันที่/...../..... เวลา