**ชื่อ....................................นามสกุล..............................สถานที่ปฏิบัติงาน.................................อำเภอ......................**

**แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลการปฏิบัติจริงในการระบุ “ฟันผุ” ในการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศพด. จึงขอความร่วมมือทันตาภิบาลทุกท่านตอบคำถามจากสิ่งที่ท่านปฏิบัติจริงในการตรวจสภาวะสุขภาพ ช่องปากเด็กในศพด. เพื่อดูฟันน้ำนมผุนั้น การที่จะระบุว่าฟันน้ำนมผุนั้น ฟันต้องมีลักษณะอย่างไร**

**ตอบใช่ เมื่อท่านบันทึกผลฟันผุในลักษณะนั้นทุกครั้งที่พบในการตรวจฟันเด็ก**

**ตอบไม่ใช่ เมื่อท่านไม่เคยบันทึกผลฟันผุในลักษณะนั้นเลยที่พบในการตรวจฟันเด็ก**

**และ กรุณาส่งกลับมาที่คุณเยาวรัตน์ ศุภกรรม ได้ทางไลน์ หรือทางระบบรับส่งข้อมูล**

**ภายในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลักษณะฟัน | **ใช่(1)** | **ไม่ใช่(2)** |
| 1. บันทึกว่าฟันผุเมื่อ มี White/Brown spot และหรือมีเป็นรอยขาวขุ่นคล้ายช็อล์ค (white or chalky spots) หรือ สีน้ำตาล (Brown spot) มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือ เมื่อเช็ดให้แห้ง
 |  |  |
| 1. บันทึกว่าฟันผุเมื่อมี Cavitated Enamel ฟันผุในชั้นเคลือบฟัน โดยมีร่องรอยการกะเทาะออกของผิวเคลือบฟัน
 |  |  |
| 1. บันทึกว่าฟันผุเมื่อพบว่าหลุมร่องฟัน หรือ บริเวณผิวเรียบของฟัน มีรูผุชัดเจน มีพื้นหรือผนังนิ่ม ฟันที่อุดชั่วคราว หรือ เคลือบหลุมร่องฟันไว้แล้ว แต่ยังมีรุผุอีก หรือ ตัวฟันที่ผุหมดเหลือแต่รากฟัน จะนับอยู่ในรหัสนี้ด้วย
 |  |  |
| 1. บันทึกว่าฟันผุเมื่อพบว่ามีการอุดฟันถาวรบนตัวฟันซี่นั้นแล้ว และยังมีการผุบริเวณอื่น โดยไม่แยกว่าเป็นฟันผุใหม่ หรือฟันผุซ้ำตำแหน่งเดิม (secondary caries)
 |  |  |
| 1. บันทึกว่าฟันผุเมื่อพบว่ามีการอุดถาวรแล้ว และไม่มีรอยผุในส่วนใด ๆ เพิ่มเติม การครอบฟันที่มีสาเหตุจากการผุ กรณีที่มีวัสดุอุดฟันหลุดไปบางส่วน หรือ หลุดไปทั้งหมด แต่ยังไม่มีรอยผุให้บันทึกในรหัสนี้
 |  |  |
| 1. บันทึกว่าฟันผุเมื่อพบว่าฟันที่ถูกถอนเนื่องจากฟันผุ หรือ ฟันซี่นั้นถูกถอนไปก่อนเวลาที่ควรหลุดตามธรรมชาติ
 |  |  |