

“แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยทางทันตกรรม”

Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2015 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

โดยคณะกรรมการการศึกษาและพิจารณากำหนดเกณฑ์มาตรฐานและคุณภาพการให้บริการทางทันตกรรม

ทันตแพทยสภา วาระที่ 9

แนวทางปฏิบัติ	
Safe Communication: สื่อสารเพื่อการรับรู้และความเข้าใจ	
SC 1 ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลลัพธ์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น	
SC 1.1	มีกระบวนการให้ข้อมูลและรับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) และให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อรับทราบ (ดูตัวอย่างใน www.dentalcouncil.or.th) หรือบันทึกข้อมูลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยก่อนการรักษาลงในเวชระเบียนอย่างละเอียดครบถ้วน และให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อรับทราบ ในกรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง หรือคาดว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา มีการพยากรณ์โรคไม่ดี หรืออาจไม่บรรลุตามความคาดหวังของผู้ป่วย เช่น การทำรากฟันเทียม (Dental Implant) การผ่าตัดในหรือนอกช่องปาก การจัดฟัน การใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวในกลุ่มผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยพิเศษเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา (Protective Stabilization) เป็นต้น (เพื่อเตือนผู้ให้การรักษาให้ข้อมูลที่จำเป็น และยืนยันว่าผู้ป่วยหรือผู้ปกครองได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวแล้ว)
SC 1.2	ในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ¹ ให้ทันตแพทย์ ทำแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกับผู้ป่วย (Dental Treatment Plan) <i>(¹ความยุ่งยากซับซ้อน อาจหมายถึง การรักษาที่มีขั้นตอนหรือทางเลือกในการรักษาหลากหลาย มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องรับการรักษาโดยทันตแพทย์มากกว่าหนึ่งคน หรือต้องรับการรักษาหลายครั้ง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา)</i>
SC 1.3	ในผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ส่งเสริมให้มีการระบุ ทันตแพทย์เจ้าของไข้ ² เพื่อเป็นผู้บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม และทำหน้าที่ช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด <i>(²ทันตแพทย์เจ้าของไข้ หมายถึง ทันตแพทย์ผู้ที่วางแผนการรักษาและดูแลต่อเนื่อง หรือผู้ให้การรักษาหลัก)</i>

SC2 ผู้ป่วยและญาติรับทราบค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามแผนการรักษาที่วางแผนร่วมกับทันตแพทย์ ก่อนเริ่มให้การ รักษา	
SC 2.1	จัดให้มีเอกสารแสดงอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงได้ง่าย ³ (³ เป็นไปตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2547)
SC 2.2	ควรจัดให้มีระบบการแจ้งการค่ารักษาอย่างเหมาะสม ก่อนที่จะให้การรักษาแต่ละครั้ง
SC 3 เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองต้องได้รับทราบและ เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งพยากรณ์โรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ	
SC 3.1	เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษาเกิดขึ้นขณะให้การรักษา ควรพิจารณาแจ้งให้ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองทราบทันที และอธิบายภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา พยากรณ์โรค และแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ปกครองได้เข้าใจอย่างชัดเจน และบันทึกการ อธิบายในเวชระเบียน
SC 3.2	หากภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์นั้น เกินความสามารถของผู้ให้การรักษาหรือผู้ป่วยร้องขอ ให้ ปรึกษาหรือประสานงานในการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสม
Safe Treatment: ให้การรักษาอย่างปลอดภัย	
ST1 ถูกคน ถูกตำแหน่ง	
ST 1.1	การเรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่งเสริมให้ใช้ตัวบ่งชี้อย่างน้อย 2 ตัว เช่น ถามชื่อ นามสกุล และวันเกิด หรือ ถามชื่อ นามสกุล และคู่มือประชาชน หรือวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสม และต้องมีการทวนสอบโดยผู้ให้การ รักษาอีกครั้ง
ST 1.2	การส่งต่อเพื่อการถอนฟัน ส่งเสริมให้มีการระบุชี้ฟัน อย่างน้อย 2 วิธี เช่น ส่งถอนฟัน 16 และ 61 หรือให้ ทำเครื่องหมาย (Mark Site) ในภาพรังสีวินิจฉัย (X-ray) หรือ แบบจำลองฟัน (Dental Model) ร่วมด้วย หรือวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสม
ST 1.3	ในการให้การรักษาแต่ละครั้ง ควรมีการระบุตำแหน่งหรือชี้ฟันที่จะทำการรักษาพร้อมกับผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง ก่อนให้การรักษาทุกครั้ง เช่น ใช้กระจกส่องร่วมกับผู้ป่วย
ST 2 ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านสุขภาพร่างกายในการรับการรักษาทางทันตกรรม	
ST 2.1	ให้ผู้ป่วยและผู้ติดตามทำความสะอาดมือและปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคระบาดของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องหรือตามประกาศของทันตแพทย์สภาก่อนเข้าคลินิกทันตกรรม
ST 2.2	วัดอุณหภูมิร่างกายทุกคนที่จะเข้าในคลินิกทันตกรรม

ST 2.3	ให้ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง กรอกแบบคัดกรองโรคตามมาตรการควบคุมโรคระบาดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือตามประกาศของทันตแพทยสภา ก่อนเข้ารับการรักษาทางทันตกรรม
ST 2.4	ให้วัดความดันโลหิตและชีพจรผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปทุกราย ⁴ ในการมารับบริการครั้งแรกและก่อนการรักษาทางทันตกรรมแต่ละครั้ง (⁴ เพื่อให้ครอบคลุมการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในวัยรุ่น)
ST 2.5	ให้มีการซักประวัติความเจ็บป่วย การแพ้ยา และประวัติการใช้ยาซ้ำทุกครั้งที่มาใช้บริการ โดยเฉพาะประวัติการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) ยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulants) รวมถึงยาในกลุ่มยับยั้งการละลายกระดูก (Antiresorptives) และยายับยั้งการสร้างหลอดเลือด (Antiangiogenics) ⁵ (ดูตัวอย่างชื่อยาในภาคผนวก 1) (⁵ ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายกระดูก และยายับยั้งการสร้างหลอดเลือดให้หลีกเลี่ยงการถอนฟัน จัดฟัน ใส่รากเทียมและผ่าตัดในช่องปากทุกชนิด)
ST 2.6	ในผู้ป่วยโรคทางระบบที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี หรือไม่อยู่ในระหว่างการรักษาจากแพทย์ ควรส่งปรึกษาแพทย์ และวางแผนการรักษาร่วมกันทุกครั้งก่อน
ST 2.7	ผู้ป่วยที่มีความจำ เป็นต้องหยุดหรือปรับการใช้ยาบางชนิดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ก่อนให้การรักษาทางทันตกรรม เช่น ยาต้านเกล็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น ควรส่งปรึกษาแพทย์และได้รับความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรจากแพทย์ก่อนทุกครั้ง ⁶ (⁶ การตอบใบ Consult หรือ การมี Clinical Practice Guidelines ในองค์กร (ดูตัวอย่างในภาคผนวก 2))
ST 3 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่เหมาะสมและได้รับการรักษาที่ปลอดภัย	
ST 3.1	ควรมีการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพรังสีวินิจฉัย (X-ray) ตามมาตรฐานของการรักษาทางทันตกรรมแต่ละสาขา
ST 3.2	ควรให้มีการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัย (X-ray) ก่อนการถอนฟัน หรืออย่างน้อยในกรณีต่อไปนี้
	a. การถอนฟันกรามซี่ที่ 3 (Third Molar)
	b. ฟันบนตั้งแต่ฟันเขี้ยวถึงฟันกรามใหญ่ ที่รากหักขณะถอนฟัน ให้ถ่ายภาพรังสีวินิจฉัย(X-ray) ดูความสัมพันธ์กับโพรงอากาศแม็กซิลลา (Maxillary Sinus) ก่อนแคะรากฟันที่หัก

	c. ฟันที่มีลักษณะและอาการทางคลินิกที่แสดงถึงการมีพยาธิสภาพที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังการถอนฟัน เช่น เนื้องอกหรือมะเร็ง (Benign and Malignant Tumors)
ST 3.3	การฉีดยาชาเส้นประสาทอินฟีเรีย อัลวีโอล่า (Inferior Alveolar Nerve Block)
	a. ควรหยุดสังเกต หรือดูดกลับ (Aspirates) เพื่อดูว่ามีเลือดไหลย้อน จะใช้ได้ในกรณีที่เข็มมีขนาดเท่ากับ 27 (Gauge 27) หรือใหญ่กว่า
	b. ไม่ควรแทงเข็มเข้าไปจนสุดความยาว เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการหักของเข็มที่บริเวณรอยต่อกับส่วนที่เป็นพลาสติก
	c. ควรเดินยาขณะทำการฉีดยาเฉพาะที่อย่างช้าๆ โดยทั่วไปไม่ควรเร็วกว่า 30 วินาที ต่อการใช้ยา 1 หลอด
ST 3.4	กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ควรเขียนใบส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งแนบหลักฐานอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น ภาพถ่ายรังสี แบบจำลองฟัน ชิ้นส่วนฟันที่ถูกถอนและรากหัก เป็นต้น
ST 4 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรได้รับการรักษาภายใต้บุคลากรที่มีความสามารถ และมีความพร้อมของ อุปกรณ์ ยา	
ST 4.1	ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรได้รับการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบคอบ และให้การรักษาด้วยความระมัดระวังโดยบุคลากรที่มีความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ⁷ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ ACS (Acute Coronary Syndrome) ⁸ <i>(⁷บุคลากรทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 2 ปี)</i> <i>(⁸กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ ACS ได้แก่ ประวัติการรักษา CAHD, กลุ่มปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง, ภาวะเบาหวาน เป็นต้น)</i>
ST 4.2	มีแนวทางปฏิบัติเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษร
ST 4.3	จัดให้มียาและอุปกรณ์เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วย โดยพิจารณาตามมาตรฐานสถานพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขและการประกอบโรคศิลปะ
ST 4.4	มีระบบตรวจสอบยาและบำรุงรักษาอุปกรณ์ ให้มีความพร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ST 5 ผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยพิเศษ ควรได้รับการควบคุมการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม (Protective Stabilization) เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา	
ST 5.1	เมื่อต้องควบคุมการเคลื่อนไหว (Protective Stabilization) เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก หรือผู้ป่วยพิเศษ ที่ไม่ให้ความร่วมมืออย่างมาก แนะนำให้ใช้อุปกรณ์ห่อตัวเด็กตามขนาดที่เหมาะสม เช่น Papoose Board, Pedi-wrap เป็นต้น โดยต้องแจ้งให้ผู้ปกครอง หรือญาติผู้ป่วยรับทราบเหตุผลของการใช้จนเข้าใจ
ST 5.2	ผู้ให้การรักษาควรมีการสังเกตการหายใจของผู้ป่วยตลอดการรักษา ควรหยุดการรักษาและประเมินผู้ป่วยทันทีถ้าพบความผิดปกติ และในกรณีที่ใช้อุปกรณ์ห่อตัวเด็ก การเปิดแผ่นหน้าอกเอาไว้จะช่วยให้สังเกตการหายใจของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น
ST 5.3	ในผู้ป่วยเด็กที่ไม่ให้ความร่วมมือ ควรใช้แผ่นยางกันน้ำลาย (Rubber Dam) ในหัตถการที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ หรือมีน้ำและสิ่งแปลกปลอมตกลงไปในทางเดินหายใจ เช่น การบูรณะฟัน การรักษาคอลงรากฟัน การถอนฟัน เป็นต้น (อย่างน้อย 1 หัตถการ)
Safe Infection Control: ควบคุมการติดเชื้อตามมาตรฐาน	
SI 1 การล้างมือ	
SI 1.1	ควรล้างมือให้สะอาดก่อนสวมถุงมือและหลังจากถอดถุงมือ หรือล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลที่มีความเข้มข้น 60-80% ในกรณีที่ให้การรักษาต่อเนื่องและมือไม่สกปรก ***
SI 1.2	หากไม่สวมถุงมือ ต้องล้างมือทุกครั้งหลังจากสัมผัสกับพื้นผิวที่ปนเปื้อน
SI 1.3	ก๊อคน้ำที่ใช้ล้างมือ ต้องไม่ปะปนกับก๊อกที่ใช้ล้างเครื่องมือ และเป็นก๊อกที่สามารถเปิดปิดได้โดยไม่ต้องใช้มือสัมผัส
SI 2 การสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment) เพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา	
SI 2.1	ถุงมือ
	a. ถุงมือใช้ครั้งเดียวทิ้ง และภายหลังการใช้งานให้ถือเป็นขยะติดเชื้อ (ในระหว่างรักษาถ้าถอดออกแล้วห้ามนำกลับมาใช้อีก)
	b. ถุงมือที่ใช้ในงานศัลยกรรมควรใช้ชนิดปลอดเชื้อและมีความหนา สำหรับงานถอนฟันง่ายๆ อาจพิจารณาใช้ถุงมือตรวจ (Examination Gloves) ได้

	c. เมื่อสวมถุงมือแล้ว ระหว่างการรักษาต้องไม่สัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อน ซึ่งอยู่นอก Clinical Operation Field หากจำเป็นต้องสัมผัส หลังการสัมผัส ต้องเปลี่ยนถุงมือคู่มือใหม่ (และทำความสะอาดพื้นผิวบริเวณที่ไปสัมผัสด้วย)
SI 2.2	ใช้แมสค์ (Mask)
	สวมหน้ากากที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อผ่านทางละอองหรือทางอากาศตลอดเวลาที่ทำหัตถการ
SI 2.3	แว่นป้องกัน (Protective Eyewear) หรือแผ่นป้องกันใบหน้า (Face Shield)
	a. สวมร่วมกับหน้ากากทุกครั้งในระหว่างการรักษา
	b. ควรล้างทำความสะอาดหรือล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อภายหลังให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละราย
SI 2.4	เสื้อกาวน์
	a. ควรสวมทับเสื้อผ้าที่สวมอยู่ มีแขนยาว ปลายแขนรัดบริเวณข้อมือ คอปิด หลีกเลียงการมีเข็มขัด หรือกระเป๋าส่งเป็นที่ยึดเก็บสิ่งสกปรก
	b. เพื่อการป้องกันที่สมบูรณ์ เมื่อสวมถุงมือควรจัดให้ขอบถุงมือคลุมปลายแขนเสื้อกาวน์
	c. ไม่ควรสวมออกนอกบริเวณที่ให้การรักษา
	d. ควรเปลี่ยนเสื้อกาวน์ใหม่อย่างน้อยวันละครั้งหรือเมื่อมีการปนเปื้อน
SI 3 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วย (Instrument Processing)	
SI 3.1	เครื่องมือที่ใช้ซ้ำได้ หลังการใช้งานต้องทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ หรือทำให้ปลอดเชื้อ โดย
	a. เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อสูง (Critical Items) เช่น เครื่องมือที่ใช้ในงานศัลยกรรมหรือปริทันต์ต้องทำให้ปลอดเชื้อเท่านั้น
	b. เครื่องมือที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดเชื้อปานกลาง (Semi Critical Items) เช่น เครื่องมือที่สัมผัสกับเยื่อช่องปาก กระบอกส่งในปาก เครื่องมืออุดฟัน แก้วน้ำ ต้องฆ่าเชื้อในระดับที่มีประสิทธิภาพสูง (High Level Disinfection) หรือทำให้ปลอดเชื้อ
	c. เครื่องมือที่ไม่ได้ใช้ในช่องปาก หรือสัมผัสกับผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม (Non Critical Items) ต้องทำความสะอาดหรือฆ่าเชื้อในระดับที่มีประสิทธิภาพปานกลาง (Intermediate Level Disinfection) ก่อนนำกลับมาใช้ใหม่

SI 3.2	เครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อหรือทำให้ปลอดเชื้อแล้ว ให้บรรจุในห่อหรือซองหรือภาชนะที่เหมาะสม ซึ่งจะสามารถรักษาภาวะปลอดเชื้อได้โดยให้ระบุน วัน เดือน ปีที่ทำให้ปลอดเชื้อและวันหมดอายุไว้ด้วย และจัดเก็บในภาชนะหรือสถานที่ที่เหมาะสม จนกว่าเครื่องมือจะถูกนำออกใช้งาน
SI 3.3	ติดหรือมีตัวบ่งชี้ทางเคมีภายนอกห่อ เช่น ออโตเคลฟเทป (Autoclave Tape) บนทุกห่อเครื่องมือก่อนนำไปทำให้ปลอดเชื้อ
SI 3.4	ใส่ตัวบ่งชี้ทางเคมีภายในห่อทุกห่อของเครื่องมือที่ใช้ในงานศัลยกรรม และปริทันต์ ก่อนนำไปทำให้ปลอดเชื้อ
SI 3.5	ทำการทดสอบด้วยสปอร์ (Spore Test) กับเครื่องทำให้ปลอดเชื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าเครื่องทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
SI 3.6	เลือกใช้เครื่องมือชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง หากไม่สามารถนำมาทำความสะอาดฆ่าเชื้อ หรือทำให้ปลอดเชื้อได้
SI 3.7	<p>ห่อเครื่องมือที่ปลอดเชื้อควรนำมาจัดเก็บในบริเวณที่แห้ง ไม่อับชื้น มีการถ่ายเทอากาศได้ดี ไม่มีการสัญจรผ่านไปมามากนัก มีฝุ่นละอองน้อย อยู่ห่างจากอ่างน้ำ ท่อระบายน้ำ ท่อประปา และอยู่ห่างจากผ้าเปดานหรือพื้น 2-3 นิ้ว ทั้งนี้เพื่อมิให้ห่อเครื่องมือที่ผ่านการทำให้ปลอดเชื้อแล้วเกิดการปนเปื้อน และควรอยู่ห่างจากแหล่งความร้อน เพื่อมิให้วัสดุที่ใช้ห่อหุ้มหรือเกิดการฉีกขาดง่าย ต้องเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้วในตู้ที่ปิดมิดชิด⁹</p> <p><i>(⁹จากกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ว่าด้วยชนิดและจำนวนเครื่องมือเครื่องใช้ยาและเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2545 หมวดที่1 ข้อ 1 (4) กำหนดให้คลินิกทันตกรรมต้องเก็บเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อแล้วในตู้ที่ปิดมิดชิด)</i></p>
SI 3.8	SI 3.8 บริเวณที่ใช้เตรียมเครื่องมือเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ ควรอยู่แยกจากบริเวณที่ให้การรักษา โดยพื้นที่ของแต่ละขั้นตอนของการทำงานแยกจากกันชัดเจนและจัดเรียงให้ต่อเนื่องกันเป็นทางเดียว ไม่สลับกันไปมา
SI 3.9	<p>SI 3.9 บริเวณที่ล้างทำความสะอาดเครื่องมือควรอยู่แยกห่างจากขั้นตอนอื่นโดยมีผนังกัน หรือถ้ามีข้อจำกัดในเรื่องของพื้นที่ก็ควรจัดให้ห่างจากบริเวณอื่นมากพอที่จะไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อนจากการกระเด็นของสารปนเปื้อนในระหว่างการล้างทำความสะอาด</p> <p>หมายเหตุ เครื่องมือที่มีข้อต่อหรือพื้นเพือง ก่อนนำไปฆ่าเชื้อหรือทำให้ปลอดเชื้อควรปฏิบัติตามคู่มือของบริษัทผู้ผลิต</p>

SI 4 การดูแลพื้นผิวในบริเวณที่ให้การรักษา (Surface Asepsis)	
SI 4.1	พื้นผิวที่ต้องสัมผัสในระหว่างให้การรักษา เช่น ด้ามปรับไฟ ปุ่มปรับเก้าอี้ทันตกรรม (Dental Unit) ควรทำความสะอาด ขำเชื้อ และใช้วัสดุที่เหมาะสมคลุมพื้นผิวก่อนให้การรักษา และเปลี่ยนวัสดุที่ใช้คลุมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย หรือทำความสะอาดและขำเชื้อภายหลังการรักษาทุกครั้ง (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 3)
SI 4.2	พื้นผิวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรง เช่น พื้นผิวโต๊ะ ผนังห้อง สิ้นชัก เก้าอี้ ควรทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำยาทำความสะอาด กรณีที่มีเลือดหรือสารคัดหลั่งของร่างกายเปื้อนพื้น ให้ทำความสะอาดและขำเชื้อพื้นผิวด้วยน้ำยาขำเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลาง ซึ่งสามารถขำเชื้อไวรัสได้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 3)
SI 4.3	การขำเชื้อบนพื้นผิวให้ทำโดยการเช็ด ไม่ใช้การสเปรย์ซึ่งทำให้เกิดละอองฝอยของน้ำยาขำเชื้อที่จะเป็นอันตรายกับผู้ปฏิบัติงานในบริเวณนั้น หมายเหตุ: ไม่ควรใช้แอลกอฮอล์เป็นสารขำเชื้อทางทันตกรรม และไม่ควรใช้กลูตาราลดีไฮต์ในการขำเชื้อบนพื้นผิว (ดูรายละเอียดในภาคผนวก 4)
SI 5 การฉีดยาอย่างปลอดภัย (Safe Injection)	
SI 5.1	การสวมปลอกเข็มกลับเข้าที่ ควรใช้มือเดียว (One-handed Technique) ต้องไม่ใช่สองมือในการสวมปลอกเข็มกลับเข้าที่
SI 5.2	การส่งเข็ม ต้องไม่ส่งมือต่อมือ
SI 6 การดูแลสุขอนามัยของทางเดินหายใจ (Respiratory Hygiene /Cough Etiquette)	
SI 6.1	มีการตรวจคัดกรองพนักงานทุกคนก่อนเข้างาน หากมีอาการป่วยจะให้หยุดพักเพื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน หรือแนะนำไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดการแพร่ระบาดของโรค
SI 6.2	ให้ทุกคนที่เข้ามาในคลินิกใส่มาสก์ขณะอยู่ในคลินิกทันตกรรมและอยู่ห่างกันตามมาตรการ physical distancing เช่น ให้นั่งห่างจากผู้ป่วยหรือผู้นั่งคอยรายอื่นอย่างน้อย 6 ฟุต งดการพูดคุยกัน ลดการสัมผัสสิ่งใดๆในสถานพยาบาลถ้าไม่จำเป็น
SI 6.3	ควรมีโปสเตอร์แนะนำผู้ป่วยและผู้ติดตามให้ใช้กระดาษทิชชูปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม ทิ้งกระดาษที่ใช้แล้วในถังขยะ และล้างมือให้สะอาด
SI 6.4	เลื่อนการรักษาหรืองดให้บริการหากผู้ป่วยมีอาการป่วยของทางเดินหายใจ

SI 7 การควบคุมการติดเชื้อในงานแลปทันตกรรม (Dental Laboratory Asepsis)	
SI 7.1	แบบพิมพ์ฟันต้องล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อทันทีด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลาง ¹⁰ ซึ่งฆ่าเชื้อไวรัสโคโรนาได้ (¹⁰ น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลาง เช่น แซ่ Sodium hypochlorite 0.5% (1:10) หรือ Iodophor 1:213 เป็นเวลา 10 นาที)
SI 7.2	อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่จะส่งไปที่แลปทันตกรรม หรือที่รับจากแลปทันตกรรมมาใส่ให้กับผู้ป่วย ต้องทำความสะอาดและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลางก่อนเสมอ
SI 8 การควบคุมการติดเชื้อจากการถ่ายภาพรังสีทางทันตกรรม	
SI 8.1	อุปกรณ์ที่ใช้ในช่องปากควรฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาที่มีประสิทธิภาพสูง ¹¹ หรือทำให้ปลอดเชื้อก่อนนำมาใช้ซ้ำ (¹¹ เช่น กลูตาราลดีไฮด์)
SI 8.2	แผ่นฟิล์มรวมถึงพื้นผิวที่ต้องสัมผัสในระหว่างการถ่ายภาพรังสี ควรทำความสะอาดและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพปานกลางหลังการถ่ายภาพรังสีทุกครั้ง หรือคลุมพื้นผิวเพื่อป้องกันการปนเปื้อน และเปลี่ยนวัสดุที่ใช้คลุมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
SI 9 การดูแลขยะภายในคลินิกทันตกรรม	
SI 9.1	ขยะติดเชื้อ ซึ่งได้แก่ขยะที่ปนเปื้อนเลือด น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งของร่างกายจำนวนมากที่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อได้ ควรนำไปทิ้งและกำจัดในลักษณะของขยะติดเชื้อ ซึ่งแยกส่วนอย่างชัดเจนจากขยะทั่วไป
SI 9.2	ขยะติดเชื้อมีคมที่ใช้งานแล้ว ควรทิ้งทันทีหลังการใช้งานในภาชนะที่สามารถทนแรงทะลุได้ดี ซึ่งวางอยู่ในบริเวณที่ให้การรักษา ทั้งนี้ต้องไม่บรรจุขยะติดเชื้อมีคมเกินกว่าสองในสามของภาชนะ และต้องทำให้ปลอดเชื้อก่อนนำไปกำจัด หรือส่งกำจัดด้วยการเผาทำลาย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
SI 10 มาตรการเสริมอื่นๆ	
SI 10.1	จัดให้มีทางเข้าและออกทางเดียวโดยมีจุดคัดกรอง เพื่อทำการวัดอุณหภูมิร่างกาย และทำความสะอาดมือ
SI 10.2	มีระบบการนัดหมายแบบล่วงหน้า

SI 10.3	ก่อนเริ่มทำหัตถการให้ผู้ป่วย ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น povidone iodine อมกั้วปากและคอ เป็นเวลา 30-60 วินาที ก่อนบ้วนทิ้ง
SI 10.4	กรณีการทำหัตถการที่มีการฟุ้งกระจายของละออง ต้องทำภายใต้ ภาวะบวการ standard precautions และ transmission- base precautions
SI 10.5	มีการปรับปรุงคุณภาพอากาศในคลินิกทันตกรรมโดยยึดหลักการ กำจัดละอองที่ฟุ้งกระจายให้ได้มากที่สุด ไม่ว่าจะด้วยกระบวนการถ่ายเทอากาศ บำบัด/ ฟอกอากาศ หรือเจือจางด้วยอากาศบริสุทธิ์ ด้วยระบบที่มีประสิทธิภาพตามบริบทของแต่ละสถานพยาบาล
SI 10.6	ควรกำหนดมาตรการในการควบคุมการติดเชื้อภายในสถานพยาบาลให้ชัดเจน และแจ้งหรือให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ปฏิบัติงาน หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างแท้จริง หมายเหตุ: อย่างไรก็ตามควรพิจารณา การจัดการสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขอนามัยของผู้ปฏิบัติงานร่วมด้วย
Safe Record: บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน	
SR 1 มีการบันทึกเวชระเบียนที่แสดงถึงความเหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย การประเมิน การให้การรักษา การให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาที่มีความซับซ้อน และการให้ข้อมูลเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความไม่สมบูรณ์ของการรักษา	
SR 1.1	ควรมีการบันทึกผลการซักประวัติความเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ในการมารับบริการทุกครั้ง
SR 1.2	มีการบันทึกผลการวัดสัญญาณชีพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลงในเวชระเบียนทุกครั้งที่มีการตรวจวัด
SR 1.3	บันทึกชนิดของยาชา ปริมาณยาชาและความเข้มข้นของยาบิบหลอดเลือดที่ใช้ทุกครั้ง
SR 1.4	บันทึกการขอคำปรึกษาจากวิชาชีพทันตแพทย์หรือวิชาชีพอื่นๆ และข้อสรุปที่ได้ร่วมกันทุกครั้ง
SR 1.5	บันทึกเวชระเบียนที่อ่านเข้าใจง่าย และแสดงให้เห็นความสอดคล้องของการรักษากับการวินิจฉัยและอาการทางคลินิก ตลอดจนมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ มีการแปลผลการส่งตรวจภาพรังสีวินิจฉัย (X-ray) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
SR 1.6	เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การรักษ ควรบันทึกรายละเอียดของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการให้การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะนั้น ลงในเวชระเบียนรวมถึงบันทึกสิ่งที่เราได้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย

Risk Management: การจัดการความเสี่ยง	
RM 1 มีกิจกรรมค้นหาความเสี่ยง เพื่อการเรียนรู้ โดยไม่ใช้ค่านิยมการกล่าวโทษ (No Blame Culture)	
RM 1.1	<p>ควรมีระบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ ทั้งเหตุการณ์ที่เกิดความเสียหายแล้ว (Miss)¹² รวมถึงที่มีความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ดักจับหรือแก้ไขได้ทัน ยังไม่เกิดความเสียหาย (Near Miss)¹³</p> <p>(¹²เหตุการณ์ที่เกิดความเสียหายแล้ว (Miss) เช่น วัตถุตกลงคอ การแพ้ยาซ้ำ เป็นต้น)</p> <p>(¹³ความเสี่ยงหรือความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแต่ดักจับหรือแก้ไขได้ทัน ยังไม่เกิดความเสียหาย (Near Miss) เช่น เรียกผู้ป่วยมาผิดคนแต่ยังไม่ได้ให้การรักษา จ่ายยาที่ผู้ป่วยเคยแพ้แต่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับประทาน วัตถุตกลงคอแต่เอาออกได้ทัน เป็นต้น)</p>
RM 1.2	<p>ควรมีการนำอุบัติการณ์ตามข้อ RM 1.1 ที่พบในหน่วยงาน (อาจรวมถึงอุบัติการณ์ ที่เรียนรู้จากนอกหน่วยงาน) มาสื่อสารในการประชุมเจ้าหน้าที่ประจำสัปดาห์หรืออย่างน้อยเดือนละครั้ง ภายใต้บรรยากาศที่ปลอดภัย ปราศจากการกล่าวโทษ (No Blame Culture)</p>
RM 2 มีกิจกรรมวิเคราะห์อุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้ และการปรับปรุงเชิงระบบ เพื่อป้องกันความเสี่ยง	
RM 2.1	<p>มีการนำอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง หรือไม่รุนแรงแต่พบบ่อย มาวิเคราะห์หาสาเหตุที่ระบบงาน โดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล (เนื่องจาก Human Errors เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้แม้ในผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ)</p>
RM 2.2	<p>วางมาตรการป้องกันและจัดการความเสี่ยงที่รัดกุมและสามารถป้องกัน Human Errors ได้</p>