

機構口腔照護工作檢核表-每日執行紀錄表

民國 年 月

姓名：_____

照護員：_____

口腔照護-自我照護能力類別： <input type="checkbox"/> 完全自理 <input type="checkbox"/> 需要部份協助 <input type="checkbox"/> 需要完全協助										
日	早					晚				
	牙齒鄰接面 清潔★	刷牙+牙膏	口腔黏膜 及舌頭	活動假 牙清潔	備註	牙齒鄰接面 清潔★	刷牙+牙膏	口腔黏膜 及舌頭	活動假 牙清潔	備註
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										

★：牙線(棒)/牙間刷

口腔照護工作操作步驟與流程檢核表

項目	內容	確認完成 請打✓
一、事前準備	1. 手部清潔(內、外、夾、弓、大、立、腕)	
	2. 準備口腔清潔物品(請參考機構口腔照護工作檢核表或機構口腔照護工作指引 P.15)	
	3-1. 意識清楚及認知功能佳者，照服員帶領機構住民實施餐後”餐桌上督導式潔牙”。 3-2. 如為需完全協助者，協助機構住民移向床緣，將床頭搖高約 45-60 度。	
	4. 說明並安撫情緒	
	5. 將毛巾或圍兜墊於機構住民臉頰下。	
二、開始口腔照護	◆住民無法自行實施健口操者：照護者應實施熱毛巾敷臉、減敏及臉部口腔肌肉按摩。 1. 臉部及口腔按摩與減敏技巧(含熱毛巾敷臉) (方式請參考機構口腔照護工作指引 P.20-23 及 P.36)	
	2. 檢查口內有無活動假牙，若有，則先取出。	
	3-1. 讓機構住民先漱口、清除食物殘渣。 3-2. 如有不適合漱口者，以海棉棒或口腔濕紙巾將食物殘渣去除。	
	4. 可使用環形張口器置口腔，撐開上、下嘴唇，讓視野清楚，以利潔牙進行。	
	5. 用紗布或海綿棒、口腔專用濕紙巾、口腔凝膠等，清潔口腔頰舌側及黏膜軟組織。	
	6. 使用牙線/棒或牙間刷，清潔鄰接面。	
	7. 使用牙刷開始潔牙，潔牙方式依自我照護能力類別方式操作(請參考機構口腔照護工作指引 P.16-19)。	
	8. 清潔使用完的潔牙工具並擦拭乾淨	
三、事後整理	1. 機構照服員與機構住民有正向肢體、言語互動的關懷、讚美與鼓勵。	
	2-1. 帶領機構住民回休息處所。 2-2. 如為需完全協助者，協助機構住民移向床中央，將床頭搖平。	
	3. 器具整理收納及座位清潔。	
	4. 環境清潔	

機構口腔照護工作檢核表

民國 年

姓名：_____

照護員：_____

口腔照護-自我照護能力類別：	<input type="checkbox"/> 完全自理	<input type="checkbox"/> 需要部份協助	<input type="checkbox"/> 需要完全協助
----------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

項目	內容	達到狀況
一、事前準備	1. 確認機構住民的全身狀況	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	2. 向機構住民說明及安撫情緒	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	3. 環境準備	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	4. 器具準備	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
二、臉部及口腔按摩(含熱毛巾敷臉)		<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
三、口腔照護操作	1. 座位式潔牙 ^{註2}	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	2. 使用牙線、牙間刷(必要)	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	3. 貝氏刷牙法(必要)	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	4. 含氟濃度 1000ppm 以上牙膏	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
四、關懷互動	機構照服員與機構住民正向肢體、 言語互動	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
五、事後整理	1. 器具清潔	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行
	2. 環境清潔	<input type="checkbox"/> 有執行 <input type="checkbox"/> 沒有執行

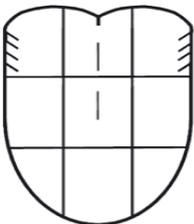
※註1：本檢核表為機構照服員評核適用。

註2：座位式潔牙係指潔牙可在非公共空間施行。

檢核者(牙醫師)：_____ (簽章)

年 月 日

咀嚼吞嚥功能與口腔健康狀況評估表

基本資料																		
姓名：						性別：						出生日期：年月日						
飲食方式： <input type="checkbox"/> 經口； <input type="checkbox"/> 鼻胃管； <input type="checkbox"/> 胃造瘻； <input type="checkbox"/> 其它：																		
食物型態： <input type="checkbox"/> 正常； <input type="checkbox"/> 軟食； <input type="checkbox"/> 碎食； <input type="checkbox"/> 泥狀； <input type="checkbox"/> 其它：																		
飲食能力： <input type="checkbox"/> 自行進食； <input type="checkbox"/> 使用特殊餐具； <input type="checkbox"/> 輔助餵食； <input type="checkbox"/> 其它：																		
備註事項：																		
牙齒現況：(D=窩洞，M=缺牙，RR=殘根，F=填補)																		
上顎右						55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			上顎左
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
乳牙牙冠			/	/	/									/	/	/	乳牙牙冠	
恆牙牙冠																	恆牙牙冠	
下顎右						85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			下顎左
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
乳牙牙冠			/	/	/									/	/	/	乳牙牙冠	
恆牙牙冠																	恆牙牙冠	
活動假牙使用狀況：																		
上顎： <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 局部假牙； <input type="checkbox"/> 全口假牙									配戴狀況： <input type="checkbox"/> 經常； <input type="checkbox"/> 偶爾； <input type="checkbox"/> 其它：									
下顎： <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 局部假牙； <input type="checkbox"/> 全口假牙									配戴狀況： <input type="checkbox"/> 經常； <input type="checkbox"/> 偶爾； <input type="checkbox"/> 其它：									
其它口腔疾病與異常：																		
<input type="checkbox"/> 緊咬； <input type="checkbox"/> 牙齦炎； <input type="checkbox"/> 牙周病； <input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常； <input type="checkbox"/> 其它：																		
口腔功能評估項目																		
1	口腔衛生 (舌苔指數)						 <p>將舌頭區分為九宮格 總分= 分 (>9分，即代表口腔衛生不清潔) 0: 無舌苔； 1: 薄舌苔，可辨識乳突； 2: 厚舌苔，不可辨識乳突。</p>											
2	口腔乾燥						_____ g											
3	咬合力(握力)						右手: _____ kg 左手: _____ kg											
4	唇口舌功能						PA _____次/5秒 TA _____次/5秒 KA _____次/5秒											
5	舌靈活度						以舌頭靈活度區分： <input type="checkbox"/> 0: 舌頭無法伸出 <input type="checkbox"/> 1: 舌頭可以伸出，舔到嘴唇 <input type="checkbox"/> 2: 舌頭可以伸出，而且可以上下舔到嘴唇											
6	咀嚼功能						依牙齒的咬合狀態評估： <input type="checkbox"/> 0: 0-5 對上下咬合的牙齒 <input type="checkbox"/> 1: 6-10 對上下咬合的牙齒 <input type="checkbox"/> 2: 11-14 對上下咬合的牙齒											
7	吞嚥功能						_____次/30秒											

- ※1. 口腔乾燥-以 Saxon test 評估；4X4cm 紗布咬 2 分鐘測量口中含水量，吸水量小於 2 g，即屬口乾。
2. 咬合力或殘存自然牙顆數
- (1) 咬合力-用握力測試取代。
- (2) 殘存自然牙顆數-以自然牙顆數為主
- A. 殘存自然牙達 20 顆(含)以上者，屬正常。
- B. 殘存自然牙達 19 顆(含)以下者，則屬不正常。
3. 唇口舌功能：PA-5 秒達 30 次、TA-5 秒達 30 次、KA-5 秒達 30 次。
4. 舌壓：需儀器設備檢查，目前取得不宜，爰此，以舌靈活度評估；
- 0：舌頭無法伸出、
- 1：舌頭可以伸出，舔到嘴唇、
- 2：舌頭可以伸出，而且可以上下舔到嘴唇、
5. 咀嚼功能：依牙齒的咬合狀態評估；
- 0：0-5 對上下咬合的牙齒
- 1：6-10 對上下咬合的牙齒
- 2：11-14 對上下咬合的牙齒

評估者姓名：_____