



HN: _____ MRN: _____
 Name: _____
 I.D. No.: _____ Sex: _____ Age: _____
 Dept: _____ Ward/Bed: _____

Evidence-based Oral Care Intervention Protocol (口腔護理措施)

口腔評估 (用"√"顯示選擇結果)

口腔情況

真牙 / 固定假牙: 沒有 左上排 左下排 右上排 右下排
 活動的假牙: 沒有 左上排 左下排 右上排 右下排
 鬆動牙齒: 沒有 左上排 左下排 右上排 右下排

Remarks:

| | | 日期 | | | |
|--|---|----|---|---|---|
| | | | | | |
| 咀唇情況 | 光滑, 粉紅, 濕潤 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 乾涸, 裂開, 或口角有紅腫 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 脹大或隆起, 有一層白/紅的潰瘍; 口角流血/潰爛 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 舌頭 | 正常, 濕潤, 粗糙, 粉紅 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 有不同顏色的斑塊, 裂縫, 紅腫, 蓋上一層膠膜似的 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 有一層紅及/或白的, 潰爛, 浮腫 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 牙肉及組織 | 粉紅, 濕潤, 光滑, 沒有流血 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 乾涸、磨損、不平滑、紅腫、浮腫, 在假牙下有潰瘍 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 浮腫, 流血, 潰瘍, 在假牙下普遍有一層白/紅的紅腫 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 唾液(對組織的影響) | 濕潤組織, 唾液可隨意流動和濕透口腔內組織 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 乾涸, 組織黏附著, 呈少量唾液, 病人感到口腔乾涸 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 組織乾透和紅腫, 呈極少量 / 無唾液, 病人感到口腔乾涸 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 真牙(有/沒有) | 完全沒有牙齒及牙齦, 沒有蛀牙、折斷的牙齒或牙齦 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 有一至三隻蛀牙、折斷的牙齒/牙齦或十分磨損的牙齒 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 有四隻或以上蛀牙、折斷的牙齒或牙齦或十分磨損的牙齒或少於四隻的牙齒 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 假牙(有/沒有) | 沒有假牙; 假牙托完整及無折斷的牙齒 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 有一至三隻蛀牙、折斷的牙齒或牙齦或十分磨損的牙齒 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 有四隻或以上蛀牙、折斷的牙齒或牙齦或十分磨損的牙齒或少於四隻的牙齒 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 口腔內的整潔 | 乾淨, 沒有食物渣滓 / 牙石積藏在口腔或假牙上 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 少量食物渣滓 / 牙石積藏在牙縫或假牙上一至兩處; 有口臭 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 食物渣滓 / 牙石積藏在牙縫或假牙多處的地方; 有嚴重口臭 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 牙痛 | 表情上、言辭上、行為上、均沒有牙痛徵兆 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 言辭和/或行為上有牙痛的徵兆如疼痛的表情、拒食、坐立不安或有暴躁行為 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 身體上有牙痛的徵兆(臉頰或牙肉有浮腫, 折斷牙齒, 潰瘍), 同時也有言辭和/或行為上的徵兆(如疼痛的表情、拒食及攻擊性行為) | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 註: (1) 如上述評估取得灰色格的分數, 需用 0.2% Chlorhexidine 漱口 | | | | | |
| 註: (2) 如病人有口腔潰瘍, 只可選用生理鹽水漱口 | | | | | |
| 註: (3) 如總分超過四分, 需每日執行口腔護理三次 | | | | | |
| 風險因素評估 | 口腔黏膜乾涸 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 禁食或使用鼻/胃管餵飼或胃道管餵飼 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 持續氧氣療法 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 神智不清 / 思緒混亂 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 免疫功能不足、使用利尿劑或抗柏金遜症藥 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 註: (4) 如病人有一個或以上的風險因素, 需每日執行口腔護理三次 | | | | | |
| 總分 | | | | | |

協助的程度 (用"√"顯示病人所需的協助)

| | | | | | |
|-----------|---|---|--|--|--|
| | 提醒下, 自行口腔護理 | | | | |
| | 監督下, 自行口腔護理 | | | | |
| | 協助口腔護理 | | | | |
| | 代執行口腔護理 | | | | |
| 入院前口腔護理習慣 | 刷牙次數: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 每日 _____ 次 | 使用漱口水: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 名稱: _____ | | | |
| | 牙刷: <input type="checkbox"/> 軟毛 <input type="checkbox"/> 改造的 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> 無 | 其他口腔護理習慣: _____ | | | |



Nethersole Nursing Practice Research Unit



United Christian Hospital – Department of Medicine & Geriatrics



Evidence-based Oral Care Intervention Protocol (口腔護理措施)

Please Stick Label If Available or Use Block Letters

HN: _____ MRN: _____
 Name: _____
 I.D. No.: _____ Sex: _____ Age: _____
 Dept: _____ Ward/Bed: _____

口腔護理措施 [用√顯示合適選擇]

| 日期 簽署 | | | 日期 | |
|-----------------|---|--|----|----|
| | | | 新增 | 終止 |
| A. 漱口水 | <input type="checkbox"/> 生理鹽水 <input type="checkbox"/> 0.2% Chlorhexidine | | | |
| B. 次數 | <input type="checkbox"/> 每日兩次 <input type="checkbox"/> 每日三次 | | | |
| C. 口腔護理措施 | <p><u>神智不清/不合作/禁食/使用鼻/胃管餵飼/胃道管餵飼的病人:</u></p> <input type="checkbox"/> 在床邊執行, 安排側臥以防吸入; <input type="checkbox"/> 除下假牙/牙托來清潔; <input type="checkbox"/> 使用紗布拭子蘸上漱口水清潔牙齒及清洗口腔黏膜; <input type="checkbox"/> 於晚上, 使用電動牙刷清潔牙齒及使用紗布拭子蘸上漱口水清洗口腔黏膜; <input type="checkbox"/> 在咀唇上及口腔黏膜塗上 65%的甘油; <input type="checkbox"/> 對於神智不清的病人, 除下所有口腔內的假牙及牙托, 洗刷清潔後, 給予家人保管 <input type="checkbox"/> 晚上洗刷假牙及浸於開水中, 使用註有病人姓名的有蓋盒子保存假牙。 <p><u>神智清醒/合作的病人:</u></p> <input type="checkbox"/> 鼓勵活動自如病人在洗手間刷牙; <input type="checkbox"/> 協助行動不便病人端坐舒適後才進行口腔護理; <input type="checkbox"/> 除下假牙/牙托來清潔; <input type="checkbox"/> 使用軟毛牙刷清潔牙齒、牙肉和舌頭, 除去牙縫物; <input type="checkbox"/> 使用漱口水漱口一分鐘; <input type="checkbox"/> 在咀唇上, 塗上 65%的甘油或自備潤唇膏; <input type="checkbox"/> 晚上洗刷假牙及浸於開水中, 使用註有病人姓名的有蓋盒子保存假牙。 <p><u>口腔乾涸措施:</u></p> <input type="checkbox"/> 除定時口腔護理外, 如有需要用棉棒及生理鹽水濕潤口腔內黏膜; <input type="checkbox"/> 如口腔乾涸在情況許可下, 鼓勵進水及進食無糖香口膠; <input type="checkbox"/> 如使用鼻/胃管餵飼/胃道管餵飼, 在許可情況下, 鼓勵餵飼水份; <input type="checkbox"/> 如在禁食情況口腔乾涸下, 在咀唇上, 塗上 65%的甘油或自備潤唇膏; <input type="checkbox"/> 如口腔乾涸情況嚴重, 與醫生商討。 <p><u>行為異常的特別口腔護理:</u></p> <input type="checkbox"/> 使用兩支牙刷; 以應付病人抓緊牙刷的情況; <input type="checkbox"/> 分階段逐步指示口腔護理程序; <input type="checkbox"/> 分散注意力, 減低行為異常的問題/出現。 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | | | |
| D. 告知醫生 口腔毛病 | <input type="checkbox"/> 舌頭潰爛 <input type="checkbox"/> 牙肉流血/口腔潰瘍 <input type="checkbox"/> 折斷的牙齒/露出牙根/牙痛/蛀牙 <input type="checkbox"/> 假牙口腔炎/痛 <input type="checkbox"/> 口角炎/慢性唇炎/嚴重的鵝口瘡 | | | |

| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 評估日期 | | | | | | | |
| 專責護士簽署 | | | | | | | |
| 代責護士簽署 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 評估日期 | | | | | | | |
| 專責護士簽署 | | | | | | | |
| 代責護士簽署 | | | | | | | |



Please Stick Label If Available or Use Block Letters

HN: _____ MRN: _____

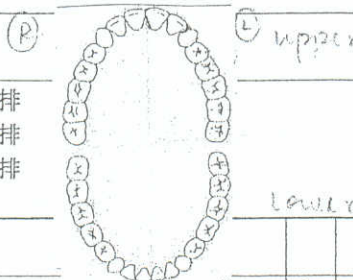
Name: _____

I.D. No.: _____ Sex: _____ Age: _____

Dept: _____ Ward/Bed: _____

Evidence-based Oral Care Intervention Protocol (口腔護理措施)

口腔評估 (用"√"顯示選擇結果)



口腔情況

| | | | | | |
|------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 真牙 / 固定假牙: | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 左上排 | <input type="checkbox"/> 左下排 | <input type="checkbox"/> 右上排 | <input type="checkbox"/> 右下排 |
| 活動的假牙: | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 左上排 | <input type="checkbox"/> 左下排 | <input type="checkbox"/> 右上排 | <input type="checkbox"/> 右下排 |
| 鬆動牙齒: | <input type="checkbox"/> 沒有 | <input type="checkbox"/> 左上排 | <input type="checkbox"/> 左下排 | <input type="checkbox"/> 右上排 | <input type="checkbox"/> 右下排 |
| Remarks: | | | | | |

| | | | | | |
|------|-----------------------------|---|---|---|---|
| 咀唇情況 | 光滑, 粉紅, 濕潤 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 乾涸, 裂開, 或口角有紅腫 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 脹大或隆起, 有一層白/紅的潰瘍; 口角流血 / 潰爛 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | |
|----|----------------------------|---|---|---|---|
| 舌頭 | 正常, 濕潤, 粗糙, 粉紅 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 有不同顏色的斑塊, 裂縫, 紅腫, 蓋上一層膠膜似的 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 有一層紅及/或白的, 潰爛, 浮腫 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | |
|-------|-----------------------------|---|---|---|---|
| 牙肉及組織 | 粉紅, 濕潤, 光滑, 沒有流血 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 乾涸、磨損、不平滑、紅腫、浮腫, 在假牙下有潰瘍 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 浮腫, 流血, 潰瘍, 在假牙下普遍有一層白/紅的紅腫 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | |
|------------|-------------------------------|---|---|---|---|
| 唾液(對組織的影響) | 濕潤組織, 唾液可隨意流動和濕透口腔內組織 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 乾涸, 組織黏附著, 呈少量唾液, 病人感到口腔乾涸 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 組織乾透和紅腫, 呈極少量 / 無唾液, 病人感到口腔乾涸 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | |
|----------|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 真牙(有/沒有) | 沒有 蛀牙、折斷的牙齒或牙齦 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 有一至三隻蛀牙、折斷的牙齒/牙齦或十分磨損的牙齒 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 有四隻或以上蛀牙、折斷的牙齒或牙齦或十分磨損的牙齒或少於四隻的牙齒 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | |
|----------|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 假牙(有/沒有) | 沒有 蛀牙、折斷的牙齒或牙齦 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 有一至三隻 蛀牙、折斷的牙齒或牙齦 或十分磨損的牙齒 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 有四隻或以上蛀牙、折斷的牙齒或牙齦或十分磨損的牙齒或少於四隻的牙齒 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | |
|--------|--------------------------------|---|---|---|---|
| 口腔內的整潔 | 乾淨, 沒有食物渣滓 / 牙石 積藏在口腔或假牙上 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 小量食物渣滓 / 牙石積藏在牙縫或假牙上一至兩處; 有口臭 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 食物渣滓 / 牙石 積藏在牙縫或假牙多處的地方; 有嚴重口臭 | 2 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 牙痛 | 行為上、言辭上、身體上均沒有牙痛徵兆 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 言辭和/或行為上有牙痛的徵兆如疼痛的表情、拒食、有攻擊性行為 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 身體上有牙痛的徵兆(臉頰或牙肉有浮腫, 折斷牙齒, 潰瘍), 同時也有言辭和/或行為上的徵兆(如疼痛的表情、拒食及攻擊性行為) | 2 | 2 | 2 | 2 |

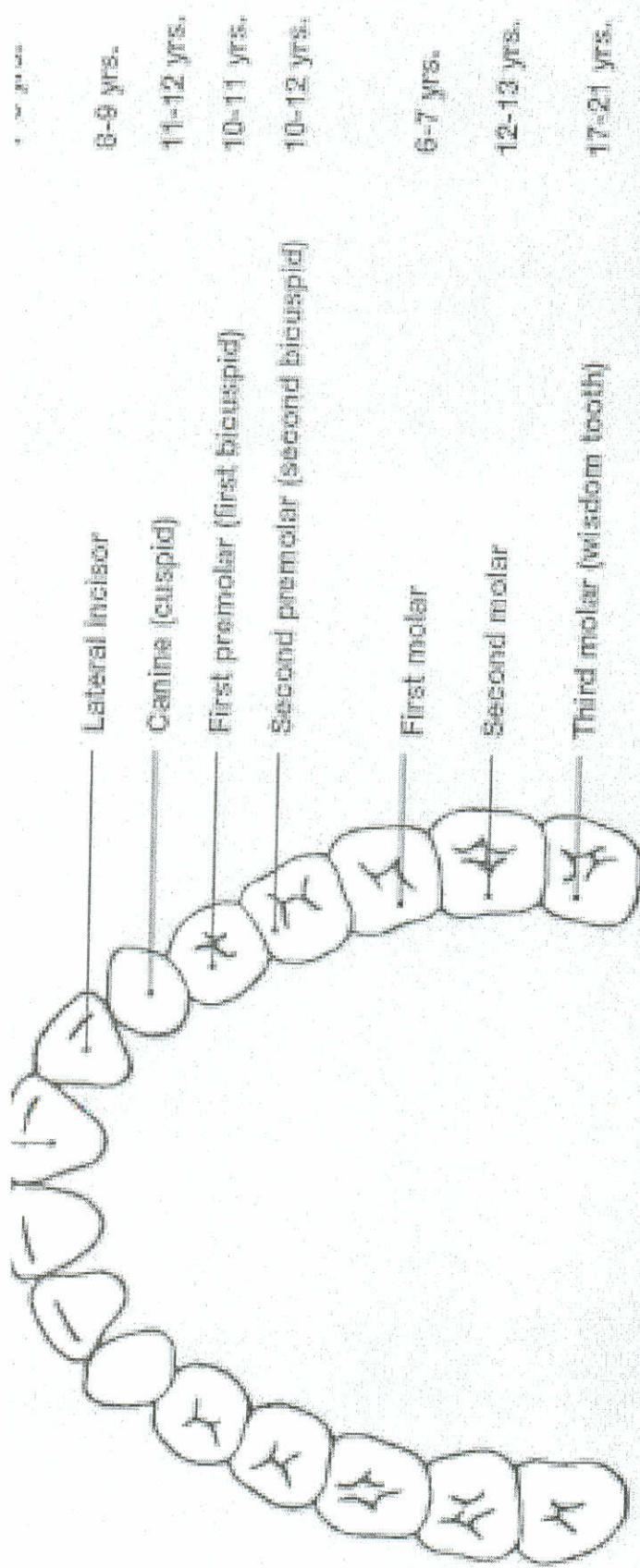
註: (1) 如上述評估取得灰色格的分數, 需用 0.2 % Chlorhexidine 漱口
 (2) 如病人有口腔潰瘍, 只可選用生理鹽水漱口
 (3) 如總分超過四分, 需每日執行口腔護理三次

| | | | | | |
|--------|----------------------------|---|---|---|---|
| 風險因素評估 | 口腔黏膜乾涸 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 禁食或使用鼻/胃管餵飼 或胃道 管餵飼 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 持續氧氣療法 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 糖尿、淋巴瘤、慢性腎衰竭 病情不被控制或免疫功能不足 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 神智不清 / 思緒混亂 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 服用 抗抑鬱藥、鎮靜劑、止痛藥、利尿劑、抗柏金遜症藥 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 總分 | | | | |

註: (4) 如病人有一個或以上的風險因素, 需每日執行口腔護理三次

| | | | | | |
|-----------------------|-------------|--|--|--|--|
| 協助的程度 (用"√"顯示病人所需的協助) | 提醒下, 自行口腔護理 | | | | |
| | 監督下, 自行口腔護理 | | | | |
| | 協助口腔護理 | | | | |
| | 代執行口腔護理 | | | | |

| | | |
|-----------|--|---|
| 入院前口腔護理習慣 | 刷牙次數: 每日 _____ 次 | 使用漱口水: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 名稱: _____ |
| | 牙刷: <input type="checkbox"/> 軟毛 <input type="checkbox"/> 改造的 <input type="checkbox"/> 電動 | 使用牙線: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |



6-9 yrs.

11-12 yrs.

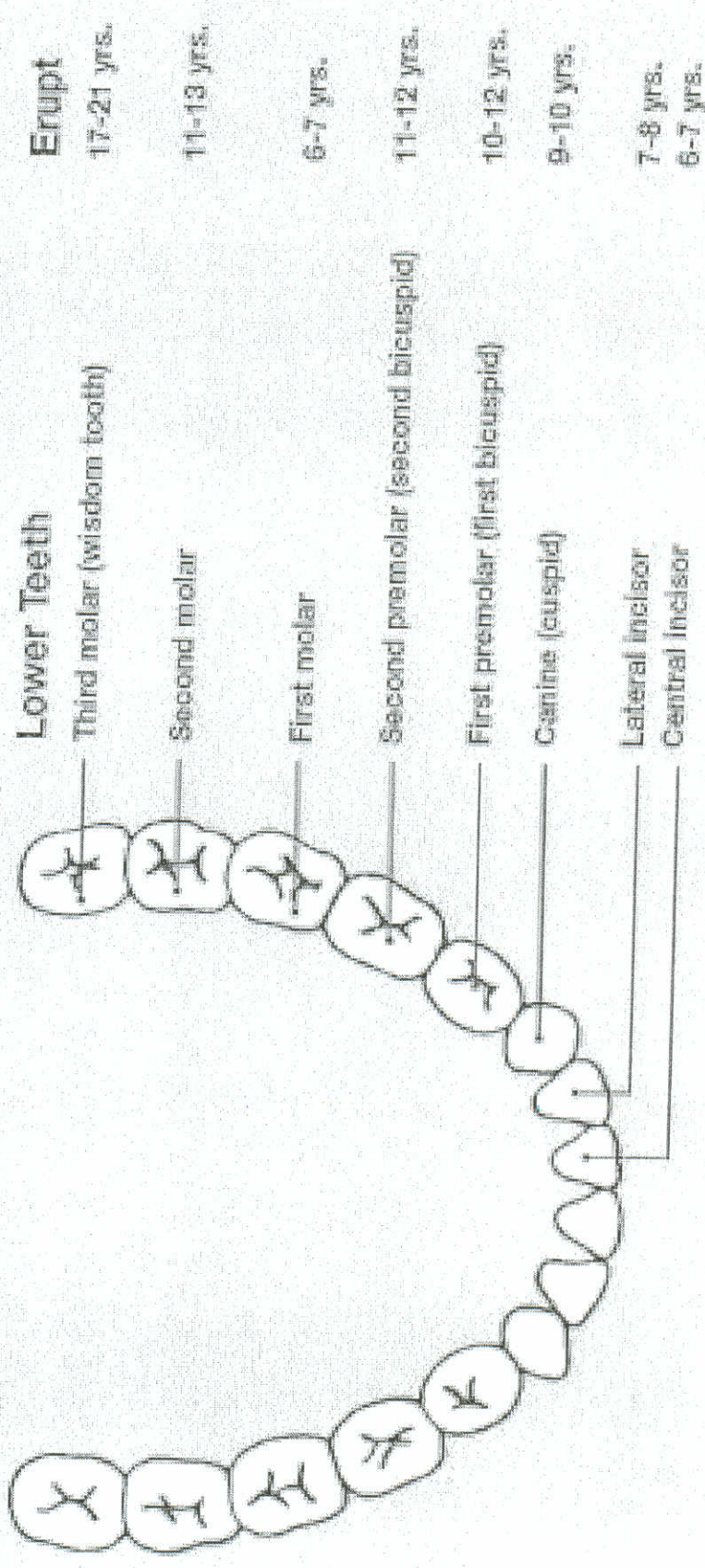
10-11 yrs.

10-12 yrs.

6-7 yrs.

12-13 yrs.

17-21 yrs.



Erupt

17-21 yrs.

11-13 yrs.

6-7 yrs.

11-12 yrs.

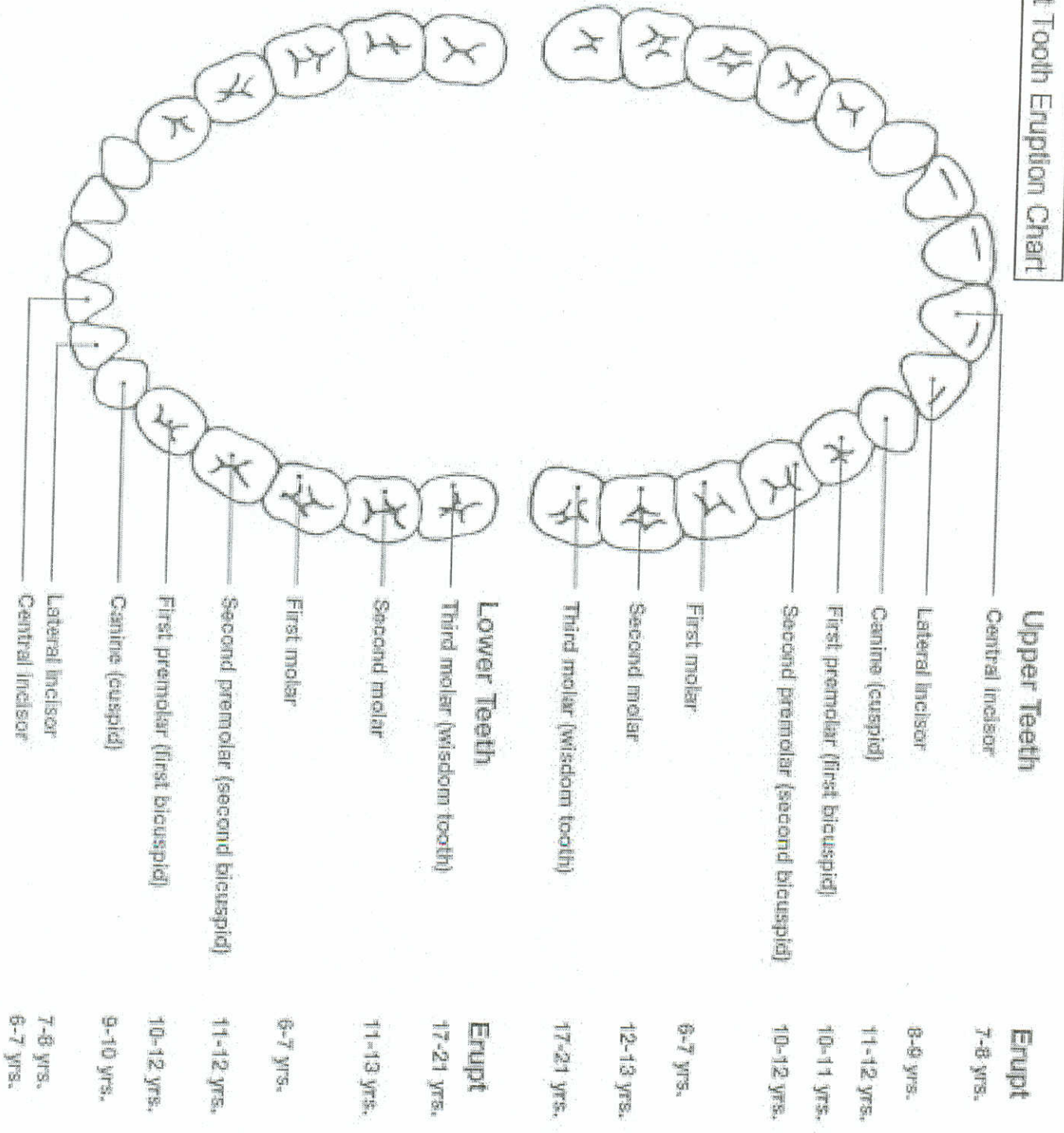
10-12 yrs.

9-10 yrs.

7-8 yrs.

6-7 yrs.

Permanent Tooth Eruption Chart





HOSPITAL AUTHORITY
UNITED CHRISTIAN HOSPITAL



Dept. Dentistry & Maxillofacial Surgery
Hospital Dental & Maxillofacial Service

Patient Label

Personal Particulars

MOT

Next of Kin _____ Emergency Phone No _____

Referring Source

Hospital _____ Department _____ GOPD _____

Referring Doctor _____ Contact Phone No _____

Remark _____

| Radiographs | Study Cast No. | Photographs |
|-------------|----------------|-------------|
| E/O | Study | |
| I/O | Ortho | |