

衛生福利部

112 年度「基層醫事機構游離輻射防護品質輔導計畫」

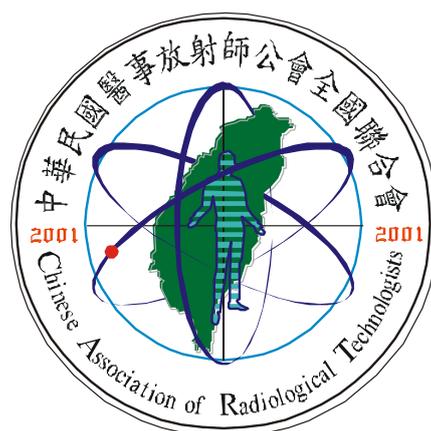
實地訪視與輔導作業資料

牙醫診所

主辦單位：衛生福利部

承辦單位：高雄市政府衛生局

協辦單位：社團法人高雄市牙醫師公會、社團法人高雄市醫事放射師公會、高雄縣醫事放射師公會



訪視日期：

訪視序號：

訪視機構：

機構地址：

機構電話：

X光設備：

最高機齡：

委員 1：

委員 2：

委員實地訪視與輔導作業查檢表

編號	項目	已完成	未完成	NA	備註
1	委員完成自我介紹、訪視目的及作業流程說明。				
2	機構已提供 111 年度基層醫事機構游離輻射防護品質輔導計畫「機構資料」，委員已確核並攜回。				
3	受訪機構之開業執照查核。				
4	受訪機構之設備登記證查核。 【不符者，請委員影印攜回】				
5	受訪機構醫師之可操作游離輻射設備證明查核。【以下二擇一】 1. 操作人員輻射安全證書。 2. 游離輻射防護 18 小時以上訓練。				
6	受訪機構負責醫事放射師(士)之醫事放射師證書查核。				
7	執業醫事放射師(士)之執業執照查核。				
8	受訪機構之 X 光機設備登記證查核。 【請委員核對登記證及該機構之儀器台數是否皆符合】				
9	已完成綜合座談並請受訪機構及陪訪人員回饋。				
10	完成拍照 3 張以上，包含訪視委員與機構負責人或醫師、牙醫師、醫事放射師(士)及陪訪人員合影、機構設備全貌照片、機構全銜市招等。				
11	確核受訪機構及受訪人員是否已簽名。				
12	確核陪同人員是否已簽名。				
13	委員修改訪視紀錄時，須於修改處簽名。				
<p>訪視委員 1 簽名：_____</p> <p>訪視委員 2 簽名：_____</p>					

壹、實地作業紀錄表

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
1. 游離輻射設備管理與環境安全作業						
1.1	儀器設備之簡易一級保養紀錄表，每天之清潔、外觀檢查等，並有完整妥善留存。 【請委員記錄診所共幾部儀器是否皆有檢查者簽名紀錄。】					
1.2	儀器設備每年有維修保養(或叫修)紀錄，應妥善留存。 【請委員記錄診所共幾部儀器是否皆有維修紀錄】					
1.3	X 光機及鉛衣之感染控制，使用完之清潔、消毒等。					
1.4	設備皆有符合行政院原子能委員會「醫用牙科型 X 光機測試報告」，並將報告集中管理。					
1.5	有效期限內之可發生游離輻射設備登記證應懸掛於明顯處。 【可自行上網下載】					
1.6	X 光攝影室門扉上裝有標準之輻射示警標誌並有 X 光室或輻射管制區等警語。					
1.7	提醒懷孕婦女告知工作人員之警語。 【張貼懷孕告示警語】					
1.8	儀器設備可以平滑移動及固定，不會干擾操作或影像病人安全。					
1.9	儀器設備所有按鈕及指示燈能夠正常顯示。					
1.10	儀器設備止動裝置及電源開關能夠正常運作。					

項次	評核項目	是	否		NA	備註
			現場輔導	追蹤輔導		
1.11	鉛箔、廢 X 光片、廢顯影、定影液之管理符合環保法規之規定，並將合格廠商回收之紀錄留存。 【備有數位影像儲存傳輸設備 (PACS) 者，本項免評】					
1.12	備有適當鉛當量($\geq 0.25\text{mmPb}$)之防護衣物並正確使用。					
1.13	防護鉛衣物的置放適當性。 【鉛防護用具使用完畢應使用鉛衣架掛置，或平整放置，避免折疊造成裂痕而失去防護效果】					
1.14	對於協助病人接受輻射醫療者，其有遭受曝露之虞時，應事前告知及施以適當之輻射防護。					
1.15	口內 X 光攝影所使用之 cone indicator/Film holder 使用完畢後經消毒處理。					
1.16	文件有造冊歸納或有統整管理系統。					

2. 影像品質【請機構至少提供各項檢查影像至少 2 份，無檢查項目則為 NA】

2.1	X 光影像解析度	口內根尖或咬翼攝影					
		齒顎全景(環口)攝影					
2.2	X 光影像對比度	口內根尖或咬翼攝影					
		齒顎全景(環口)攝影					
2.3	X 光影像黑化度	口內根尖或咬翼攝影					

項次	評核項目	是	否		NA	備註		
			現場輔導	追蹤輔導				
	齒顎全景(環口)攝影							
2.4	X 光影像擺位	口內根尖或咬翼攝影	無missing apices 缺失					
			無 cone cut 缺失					
			無過長或過短 (elongation/ shorten)					
			無水平重疊 (overlap)					
			底片或影像接收器無彎曲(bending)					
			底片或影像接收器放置正確					
			未有活動假牙造成之假影					
			底片或影像接收器未有刮痕					
			底片或影像接收器之凸點或英文字母應朝咬合面					
			上、下門牙位於焦點面 (Image layer)之正中					
		齒顎全景(環口)攝影	正確之頭部正中矢狀切面位置使左、右下顎骨對稱					
			法蘭克福水平線與地面平行					
			頸椎伸直					
			下巴置於下巴座上(chin rest)					
			舌頭貼緊上顎					
			病患照射期間未移動					
		未戴假牙或其他金屬裝飾品						

項次	評核項目		是	否		NA	備註
				現場輔導	追蹤輔導		
		無鉛衣/鉛頸圍造成之假影					
2.5	傳統 X 光底片之儲存場所適當性及有效期限。 【備有數位影像儲存傳輸設備(PACS)者，本項免評】	口內根尖或咬翼攝影					
		齒顎全景(環口)攝影					
2.6	有降低病患輻射劑量設定。 【針對不同體型或年紀病人有參數或模式可供調整】						

訪視委員 1 簽名：_____

訪視委員 2 簽名：_____

機構負責人或醫事放射師簽名：_____

參、機構回饋表

112 年度「基層醫事機構游離輻射防護品質輔導」 機構回饋表			
機 構 名 稱		負 責 人 簽 名	
受 訪 者 姓 名 及 職 稱		受 訪 者 簽 名	
訪 視 委 員 之 態 度	<input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差		
訪 視 委 員 之 專 業	<input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 佳 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 差		
本 次 訪 視 對 游 離 輻 射 防 護 品 質 提 升 有 實 質 幫 助	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無，原因 _____		
接 受 訪 視 前 關 於 游 離 輻 射 防 護 評 核 項 目 法 源 瞭 解 程 度	影 像 品 質	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	設 備 管 理 與 環 境 安 全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	組 織 作 業 與 病 人 安 全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
接 受 訪 視 後 關 於 游 離 輻 射 防 護 評 核 項 目 法 源 瞭 解 程 度	影 像 品 質	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	設 備 管 理 與 環 境 安 全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
	組 織 作 業 與 病 人 安 全	<input type="checkbox"/> 很瞭解 <input type="checkbox"/> 瞭解 <input type="checkbox"/> 不瞭解	
機 構 接 受 訪 視 與 輔 導 心 得 及 建 議			

肆、陪同人員回饋表

縣市衛生局意見回饋表			
縣	市	日期	112年 月 日
衛生主管機關	陪訪者姓名	(請簽名)	
	陪訪者職稱		
	行動電話		
意見回饋			

公會意見回饋表

公會意見回饋表			
縣	市		日期 112年 月 日
公 會	陪訪者姓名	(請簽名)	<input type="checkbox"/> 醫師公會 <input type="checkbox"/> 牙醫師公會 <input type="checkbox"/> 醫事放射師公會
	陪訪者職稱		
公 會	陪訪者姓名	(請簽名)	<input type="checkbox"/> 醫師公會 <input type="checkbox"/> 牙醫師公會 <input type="checkbox"/> 醫事放射師公會
	陪訪者職稱		
意見回饋			

伍、委員總評意見表

<p style="text-align: center;">總評意見表 請委員具體說明優點或特色及待改進事項或建議</p>

訪視委員 1 簽名： _____

訪視委員 2 簽名： _____

機構負責人或醫事放射師簽名： _____

陸、評定結果及等級一覽表

◆評定等級

牙醫診所評定標準	
評定等級	總項次符合率
通過	80%以上(含)

◆本機構評核結果統計(單位：項次)

評核類別	總項次	符合	建議改善		NA	符合率
			現場輔導	追蹤輔導		
游離輻射設備管理 與環境安全作業	16					
影 像 品 質	口 內 X 光 攝 影	13				
	齒 顎 全 景 (環 口) X 光 攝 影	13				
	其 他	1				
總 評 核	43					

本機構評定結果：通過 未通過

訪視委員 1 簽名：_____

訪視委員 2 簽名：_____