

河南省限制类医疗技术临床应用备案表

一、医疗机构基本信息				
医疗机构名称 (盖章)	方城公安康复医院		等级/类别	二级
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	吴晓	所在部门	医务科	联系电话 13525684551
二、申请备案限制类医疗技术信息				
技术类别	国家限制类 <input type="checkbox"/> 省级限制类 <input checked="" type="checkbox"/>			
备案类别	首次备案 <input checked="" type="checkbox"/> 首例开展日期: 2018年6月20日, 申请备案日期: 2023年12月16日			
	重新备案 <input type="checkbox"/> 既往备案日期: 年 月 日, 申请备案日期: 年 月 日			
医疗技术名称 (请务必按照附件 1、2所列名称, 规 范填写)	人工膝关节置换诊疗技术			
	如以上申 请备案技 术包含分 项技术, 请 在右侧栏 目分别注 明	(一)		
		(二)		
		(三)		
		(四)		
		(五)		
		(六)		
应用科室名称	骨科			
具备资质 人员信息	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号
	李振武	110410000020811	王镜山	110411300006610

三、自查评估信息	
1. 所依据的医疗技术管理规范/专家共识名称	人工膝关节置换诊疗技术管理规范（2012年版）
2. 评估形式	医疗技术临床应用管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：王镜山 吴晓安 芳 张国振 刘建文 王伟 张小凤 牛威 陈国防 张艳 王天顺 石栋 李秀芝
	医学伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：王镜山 吴晓安 芳 张晓燕 张巧玉 郝习兵 赵玉松
	其他形式（请具体说明）
3. 评估主要内容	按照《关于印发人工膝关节置换技术管理规范（2012）的通知》（卫办医政发【2012】93号）文件要求，从以下四个方面进行了评估。 一、医疗机构基本要求 二、人员基本要求 三、技术管理基本要求 四、培训
4. 评估结果	是否符合相应医疗技术管理规范要求：是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
四、医疗机构意见	
是否同意开展该类别技术	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
法定代表人意见	签字(盖章) 