


## 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<br>(盖章)                            |   |                 | 等级/类别 | 三级综合医院                |
| 医疗技术临床应用管理<br>委员会联系人                      | 牛新杰                                                                                | 所在部门            | 医务科   | 联系电话<br>0377-68950168 |
| 二、申请备案限制类医疗技术信息                           |                                                                                    |                 |       |                       |
| 技术类别 (打勾)                                 | 国家限制类 <input type="checkbox"/> 省级限制类 <input checked="" type="checkbox"/>           |                 |       |                       |
| 备案类别 (打勾)                                 | 首次备案 <input checked="" type="checkbox"/><br>首例开展日期: 2021年2月14日, 申请备案日期: 2023年12月8日 |                 |       |                       |
|                                           | 重新备案 <input type="checkbox"/><br>既往备案日期:    年    月    日                            |                 |       |                       |
| 医疗技术名称 (请<br>务必按照附件1、2<br>所列名称, 规范填<br>写) | 外周血管介入诊疗技术                                                                         |                 |       |                       |
|                                           | 如以上申请<br>备案技术包<br>含分项技术<br>, 请在右侧<br>栏目分别注<br>明                                    | (一) 主动脉瘤腔内修复术   |       |                       |
|                                           |                                                                                    | (二) 主动脉夹层腔内修复术  |       |                       |
|                                           |                                                                                    | (三)             |       |                       |
|                                           |                                                                                    | (四)             |       |                       |
|                                           |                                                                                    | (五)             |       |                       |
| (六)                                       |                                                                                    |                 |       |                       |
| 应用科室名称                                    | 微创介入血管外科、肿瘤科                                                                       |                 |       |                       |
| 具备资质人员信息<br>(可另附页)                        | 姓名                                                                                 | 执业证书编号          | 姓名    | 执业证书编号                |
|                                           | 薛孟海                                                                                | 110411300005787 | 曹兴博   | 110411300005695       |
|                                           | 孔浩                                                                                 | 11040000077468  | 邢源    | 110411300008064       |
|                                           | 吴科                                                                                 | 110411300005794 |       |                       |
|                                           |                                                                                    |                 |       |                       |
| 三、自查评估信息                                  |                                                                                    |                 |       |                       |
| 1、所依据的医疗技<br>术管理规范/专家<br>共识名称             | 外周血管介入诊疗技术临床应用管理规范(2019版)                                                          |                 |       |                       |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2、评估形式（打勾）      | 管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/><br>参会人员：李富旺、郭志钦、党兰平、牛新杰、孙春辉、林海中、薛孟海、田杰、丁海坤、曹兴博、周大晓、孙新庆、董松宝、靖丽华、李书宽、王新伟、蔡德印、王永虎、王猛、李浩、张静、张鹏、崔元良、魏杰辉                                                                                                              |
|                 | 伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/><br>参会人员：李富旺、郭志钦、党兰平、牛新杰、文雪丽、蔡德印、林海中、肖喜庆、靖丽华、刘青建、张玉平                                                                                                                                                             |
|                 | 其他形式（请具体说明）：无                                                                                                                                                                                                                                             |
| 3、评估主要内容        | 1、具备开展该技术的协作科室；床位40张，重症监护室能进行常规开展气管插管、镇静、中心静脉穿刺置、心肺复苏、机械通气等。<br>2、开展该技术设备：引进德国西门升Artis zeell全数字化通用型平板造影系统，拥有高压注射器、心电监护记录仪\临时起搏器、心肺复苏等一系列监护及抢救设备。<br>3、人员资质：高级职称1人，中级职称4人，开展介入的人员经过介入诊疗技术培训基地系统培训。<br>4技术管理要求：严格遵守介入诊疗技术操作规范和诊疗指南，建立健全诊疗后随访制度，并按规定进行随访、记录。 |
| 4、评估结果（打勾）      | 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（打勾） | 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                          |
| 法定代表人意见         | 签字（盖章）：<br>                                                                                                                                                            |

