


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)	新野县人民医院			等级/类别	三级综合医院
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	贺静雅	所在部门	医务科	联系电话	0377-66260103
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"/> 首例开展日期: 2021年11月18日, 申请备案日期: 2023年5月5日				
	重新备案 <input type="checkbox"/> 既往备案日期: 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)	综合介入诊疗 _____ 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) 经皮穿刺胆汁引流术			
		(二) 经皮穿刺肿瘤物理消融术(射频/微波/激光/冷冻)			
		(三) 肿瘤栓塞术			
		(四)			
		(五)			
(六)					
应用科室名称	微创介入中心				
具备资质人员信 息 (可另附页)	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号	
	王林俭	110411300005228			
	王忠	110410000024243			
	于志锋	110411300005356			
三、自查评估信息					
1、所依据的医疗 技术规范/专 家共识名称	综合介入技术管理规范(2019年版)				

2、评估形式（打勾）	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：林楠、王林俭、宋尧、杨建超、李元盈、于云和、任英丽、郭楠、贺静雅、罗沛、王琳、张相荣、张林武、李文灿、张惠敏、庞金敏、樊晓阳
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：林楠、任英丽、王林俭、杨建超、于云和、李元盈、王珊、贺静雅、罗沛、万风梅、张林武、李文轩、王占永、李文灿、廖渊、庞金敏、张惠敏、杜志先、陈果
	其他形式（请具体说明）：无
3、评估主要内容	<p>(一) 我院开展综合介入诊疗技术与其功能、任务相适应。</p> <p>(二) 具有卫生行政部门核准登记的医学影像科和与开展的综合介入诊疗相适应的诊疗科目，有与开展综合介入诊疗技术相关的辅助科室和设备。</p> <p>(三) 导管室(造影室)</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合放射防护及无菌操作条件。有菌区、缓冲区及无菌区分界清晰，有单独的更衣洗手区域。 配备有数字减影功能的血管造影机，配备心电监护。 具备存放导管、导丝、造影剂、栓塞剂以及其他物品、药品的存放柜，有专人负责登记保管。 <p>(四) 有经过正规培训、具备综合介入诊疗技术临床应用能力的本院在职医师，有经过综合介入诊疗相关知识和技能培训的、与开展的综合介入诊疗相适应的其他专业技术人员。</p> <p>(五) 具备满足开展三级以上综合介入诊疗手术的介入手术室(造影室)、重症监护室、麻醉科和其他相关科室、设备和技术能力。</p>
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）： 

说明：

1、关于医疗技术名称规范填写：如“神经血管介入诊疗技术”为医疗技术名称，“颅内动脉瘤血管内治疗技术”为分项技术名称；再如“妇科内镜”为医疗技术名称，“腹腔镜下卵巢癌全面分期手术”为分项技术名称。

2、关于评估主要内容：须严格根据其功能、任务和自身条件、能力等，综合评估是否符合国家和我省要求，以及建立完善相关技术临床应用管理制度等情况。