




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)	南召县卫生职业中等专业学校附属医院		等级/类别	二级/综合医院
医疗技术临床应用管理委员会联系人	陶运明	所在部门	行政管理	联系电话 13949315218
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"/> 省级限制类区 <input checked="" type="checkbox"/>			
备案类别(打勾)	首次备案 <input checked="" type="checkbox"/> 首例开展日期: 2015年12月10日. 申请备案日期: 2024年3月20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)	<u>人工髋关节置换诊疗技术</u>			
	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 (可另附页)	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号
	王玉付	142411321000084	韩应龙	B1311400145

三、自查评估信息	
1. 所依据的医疗技术规范/ 专家共识名称	《人工髋关节置换诊疗技术规范》卫办医政发(2012)93号
2. 评估形式(打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：孙震、陶运明、余玛丽、任昶、贾艳民、高理想、张硕、李明、李东伟、王玉付、李朝阳
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：孙震、陶运明、余玛丽、任昶、贾艳民、高理想、薛东、李海丽、高明洋、李同红、乔娟、李晋、贾沛
	其他形式(请具体说明):
3. 评估主要内容	一. 科室 1. 科室 1.1 开展骨科床位50张，设有关节外科专业组，关节外科组床位20余张。 1.2. 每年完成人工髋关节置换手术60例以上。 1.3. 具有专业骨科队伍，有副主任医师2名(均20年以上骨科临床诊疗工作经验), 主治医师1名(均10年以上骨科临床诊疗工作经验), 住院医师1名(10年骨科临床诊疗工作经验); 经过相关专业系统培训并考核合格，人员梯度结构合理。由河南

	<p>省中医院行人工髋关节置换帮扶6年。</p> <p>2. 手术室</p> <p>2.1. 有50m²以上的百级层流手术室1间，周边区域为千级层流手术间。</p> <p>2.2. 配有经国家食品药品监督管理局批准的满足人工髋关节置换手术需要的手术器械。</p> <p>2.3. 配备有符合放射防护条件的C臂X线机。</p> <p>3. 相关科室和设备</p> <p>3.1. 有麻醉科、重症监护室、心血管内科、康复科等专业科室及专业医师，具备全身合并症、并发症的综合处理和抢救能力。</p> <p>3.2. 具备CT、X线摄影机、术后功能康复系统，有完善的管理制度。</p> <p>3.3. 县域内有人工髋关节置换诊疗需求。</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 <u>同意</u>	签字  (孙震)

说明：

- 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。
- 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。