

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10月25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)	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 (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. 所依据的医疗技术管理规范/ 专家共识名称	《人工膝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	根据我院级别、医疗设备和技術力量，对照《人工膝关节置换技术管理规范》卫办医政发（2012）93号，经过本院医疗技术临床应用管理委员会及医学伦理委员会专家自我评估，建立了技术临床应用管理制度，能严格落实质量控制制度，确保医疗安全，具备开展人工膝关节置换诊疗技术条件。
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

同意

签字(盖章):

孙震



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. 关于评估主要内容填写: 须严格根据其功能、任务和自身条件、能力, 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。