


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)	邓州市中心医院		等级/类别	三级综合
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	赵博	所在部门	医务部	联系电话 0377—62399919
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: 2019年4月19日, 申请备案日期: 2024年3月13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)	外周血管介入诊疗 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	1、主动脉瘤腔内修复术		
		2、主动脉夹层腔内修复术		
应用科室名称	介入血管外科			
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
	李宇	110411381000389	鲁林鹏	110411381000494
	刘园园	201241013535		

三、自查评估信息	
1.所依据的医疗技术规范/ 专家共识名称	外周血管介入诊疗技术规范/国卫办医函（2019）828号
2.评估形式（打勾）	医疗技术临床应用管理委员会 √ 参会人员：李照义、安兆全、赵博等
	医学伦理委员会 √ 参会人员：李照义、安兆全、李逢勤、赵博等
	其他形式（请具体说明）：
3.评估主要内容	经医院医疗技术临床应用委员会及医学伦理委员会评估，医院及相应科室硬件设施齐全，技术力量完备，符合国家和河南省要求。
4.评估结果（打勾）	是否符合相应医疗技术规范要求：是 √ 否 □
四、医疗机构意见	
是否同意开展该类别技术 （打勾）	是 √ 否 □
法定代表人意见	签字（盖章）： 

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。