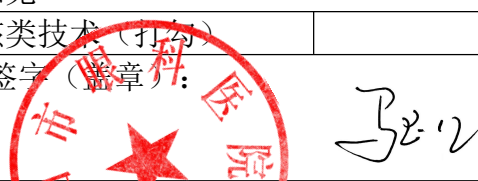


河南省限制类医疗技术临床应用备案表

一、医疗机构基本信息					
医疗机构名称（盖章）	南阳市眼科医院	等级/类别	三级专科医院		
医疗技术临床应用管理委员会联系人	徐良	所在部门	医务科	联系电话	0377-63268607
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 首例开展日期：年月日，申请备案日期：年月日				
	重新备案 <input checked="" type="checkbox"/> 既往备案日期：2019年10月14日，申请备案日期：2024年08月01日				
医疗技术名称（请务必按照附件1、2所列名称，规范填写）	激光角膜屈光技术				
	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）飞秒激光辅助准分子激光角膜原位磨镶术			
		（二）飞秒激光小切口角膜基质透镜取出术			
		（三）			
		（四）			
		（五）			
（六）					
应用科室名称	屈光手术中心				
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	
	尹永湘	110411300005048			
	杨丽亚	110411300005001			
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	我国飞秒激光小切口角膜基质透镜取出手术规范专家共识(2018年)				
2. 评估形式（打勾）	医疗技术管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：马玉红、丁亚莉、杨真豪、徐良、李兵、				

	张春梅、张秀芝、钟建胜、张爽、牛贺平、张晓飞、吕红英、张高、董芳、张继军、曹华、刘小林
	伦理委员会 参会人员: 马玉红、丁亚莉、杨真豪、徐良、李兵、张春梅、张秀芝、牛贺平、张晓飞、惠春生、李霞、王文旭、张高
	其他形式（请具体说明）：
3. 评估主要内容	<p>①三级眼科专科医院，需要具备开展激光角膜屈光技术的功能；</p> <p>②我院设有屈光手术中心。2位高级职称医师，经过正规培训、具备光角膜屈光技术临床应用能力的本院在职医师，且在激光屈光角膜手术诊疗方面具有丰富的临床经验。</p> <p>③具备先进的激光角膜屈光手术设备，全飞秒 SMILE3.0 激光检查手术系统、美国爱尔康绿飞秒 ContruraVision 系统；</p> <p>④屈光手术中心拥有全套精良的全飞秒 SMILE3.0 激光检查手术系统、美国爱尔康绿飞秒 ContruraVision 系统，开展各类屈光手术方式如全飞秒手术、个性化微飞秒（CV）手术、表层全激光手术、EVOICL 晶体植入术及老视矫正手术等多元化矫正近视、远视（老视）及散光的屈光手术，可一站式的解决近视等各种屈光不正的摘镜需求。</p> <p>⑤符合知情同意、控制风险、保护隐私等伦理原则，具备完善的医疗技术管理制度以及随访制度。</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
四、医疗机构意见	
是否同意开展该类技术（打勾）	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
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。