

附件 3


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)	卧龙牙博仕口腔门诊部			等级/类别	未定级	
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	王松	所在部门	院办	联系电话	177616162060	
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: 2023 年 10 月 01 日, 申请备案日期: 2023 年 10 月 10 日					
医疗技术名称 (请务必按照附件 1、2 所列名称, 规范填写)	重新备案 <input type="checkbox"/>					
	既往备案日期: 年 月 日					
	_____ 口腔种植诊疗 _____ 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						
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		
	舒奇	120513436000004				

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	口腔种植技术管理规范
2.评估形式 (打勾)	管理委员会☑ 参会人员: 王松、陈春晓、崔辽、马春光、姜丹
	伦理委员会☑ 参会人员: 王松、马春光、崔辽、王耀民、姜丹
	其他形式 (请具体说明):
3.评估主要内容	1、开展该项技术具备的条件, 包括人员、培训情况、设备等。 2、该项技术的基本情况, 包括适应症、禁忌症、不良反应等。 3、口腔种植诊室是否有独立的诊疗间。 4、是否装置具有曲面体层或颌骨 CT 影像诊断设备及诊断能力。 5、种植室消毒是否符合《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》要求。 6、种植医师是否取得医师执业证书, 执业范围是否为口腔医学。 7、种植医是否接受正式口腔种植学课程 120 课时以上, 考试合格。 8、种植医师是否严格遵守相关技术操作规范和诊疗指南以及让患者签署种植治疗知情同意书。 9、是否使用经国家药品监督管理部门审批的口腔种植技术所需的材料、器械、设备。 10、可能出现的风险预警及应急预案。
4.评估结果 (打勾)	是否符合相应医疗技术管理规范要求: 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。