


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)	南阳医学高等专科学校第三附属医院			等级/类别	二级综合
医疗技术临床应用管理 委员会联系人	贾松	所在部门	医务科	联系电话	62238798
二、申请备案限制类医疗技术信息					
技术类别	国家限制类 <input type="checkbox"/> 省级限制类 <input checked="" type="checkbox"/>				
备案类别	首次备案 <input type="checkbox"/>				
	首例开展日期: 年 月 日, 申请备案日期: 年 月 日				
备案类别	重新备案 <input type="checkbox"/>				
	既往备案日期: 2015年 09月 17日, 申请备案日期: 2024年 6月 11日				
医疗技术名称	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)			
应用科室名称	骨科				
具备资质 人员信息	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号	
	刘传见	110410000057008	屈振宁	110411300004860	
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	《人工膝关节置换技术规范》
2. 评估形式	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员： 卢立军 时 沛 陈广军 贾 松 马金浩 何小银 龚廷信 吴 刚 刘传见 李丰义 焦政安 张长林 李承幸 李振刚 赵瑞丽 黄纪玉 冀胜辉 毕 隽 杜香山 杨 浩 任晓燕
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员： 时 沛 陈广军 贾 松 胡海霞 尹 岩 李 欣 杜香山 焦政安 马金浩 何小银 刘传见 李丰义 陈大强
	其他形式（请具体说明）：无
3. 评估主要内容	根据《人工膝关节置换技术规范》，我院是否符合“医疗机构要求”，以上人员是否符合“人员要求”，是否符合“技术管理基本要求”，是否按照要求参加相关的培训，是否建立完善人工膝关节置换诊疗技术管理制度，是否符合国家和我省的其他相关要求。
4. 评估结果	是否符合相应医疗技术规范要求：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	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
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。