附件3

河南省限制类医疗技术临床应用备案表

<table>
<tr><td colspan="6">一、医疗机构基本信息</td></tr>
<tr><td>医疗机构名称
（盖章）</td><td colspan="3">南阳市第六人民医院</td><td>等级/类别</td><td>二级/传染病专科</td></tr>
<tr><td>医疗技术临床应用管理委员会联系人</td><td>王歌</td><td>所在部门</td><td>医务科</td><td>联系电话</td><td>15893372004</td></tr>
<tr><td colspan="6">二、申请备案限制类医疗技术信息</td></tr>
<tr><td>技术类别(打勾)</td><td colspan="5">国家限制类☐　　省级限制类☑</td></tr>
<tr><td rowspan="2">备案类别(打勾)</td><td colspan="5">首次备案☑
首例开展日期：2024年11月20日，申请备案日期：2024年11月25日</td></tr>
<tr><td colspan="5">重新备案☐
既往备案日期：　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="7">医疗技术名称
(请务必按照附件1、2所列名称，规范填写)</td><td colspan="5">血液净化　技术</td></tr>
<tr><td rowspan="6">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</td><td colspan="4">（一）</td></tr>
<tr><td colspan="4">（二）</td></tr>
<tr><td colspan="4">（三）</td></tr>
<tr><td colspan="4">（四）</td></tr>
<tr><td colspan="4">（五）</td></tr>
<tr><td colspan="4">（六）</td></tr>
<tr><td>应用科室名称</td><td colspan="5">血液透析室</td></tr>
<tr><td rowspan="5">具备资质人员信息
(可另附页)</td><td>姓名</td><td colspan="2">执业证书编号</td><td>姓名</td><td>执业证书编号</td></tr>
<tr><td>边潇莹</td><td colspan="2">110411300007902</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>毕鑫</td><td colspan="2">142411322000066</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>苏远洋</td><td colspan="2">210411300005661</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
</table>

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	原卫生部关于印发《医疗机构血液透析室管理规范》的通知（卫医政发〔2010〕35号）
2.评估形式(打勾)	管理委员会☑ 参会人员：翟淑丽 屈非 王歌 赵长生 江秀慧 李燕平 牛海军 杨玉前 王垒 张春建 张玉琴 李秀杰 贺强兴 于首元 沈凌 张峡 溦 李延召
	伦理委员会☑ 参会人员：翟淑丽 李淼 杨君昭 屈非 梁冀昕 张信鸽 蒋璐 王歌 韩萍 李洒 赵长生 于首元 江秀慧 牛海军 陈大强 王美华 宋英
	其他形式（请具体说明）：
3.评估主要内容	1. 二级甲等传染病专科医院，具备完善的血液透析室设施、诊疗器械、实验室条件及人员配备，完成血液透析室执业登记。 2. 设置有肾内科、感染科及相关专业诊疗科目； 3. 设置血液透析单元10个，配备由血液透析机、血液透析滤过机、血液透析制水系统、心电监护仪、抢救车、紫外线消毒车等。有3名具有透析专业知识和血液透析工作经验的本医疗机构医师，其中1名主治医师担任负责人，配备有4名具备透析护理工作经验的本医疗机构护师，1名主管护师担任护理组长，血液透析室医师、护士和技师均经过相关培训，配备达到医疗机构血液透析室基本标准的要求。 4. 依据《医疗机构血液透析室管理规范》制定有本医疗机构血液透析室管理的规章制度、技术规范和操作规程，工作人员岗位职责明确，严格落实血液透析室医源性感染的预防和控制措施，能够保障血液透析治疗安全、有效地开展。 5. 制定并落实血液透析室工作人员的培训计划，使工作人员具备与本职工作相关的专业知识，落实相关管理制度和工作规范。 6. 医院质量与安全管理体系健全，严格按照医疗质量与安全管理委员会、医疗技术临床应用管理委员会等职责开展质量控制工作，持续改进医疗质量。 7. 符合知情同意、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。
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)：程家一 翟淑丽印

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：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。