


## 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)	新野县人民医院		等级/类别	三级综合医院	
医疗技术临床应用管理委员会联系人	贺静雅	所在部门	医务科	联系电话 0377-66260103	
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: 2021年4月22日, 申请备案日期: 2023年3月14日				
	重新备案 <input type="checkbox"/> 既往备案日期:    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)	_____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)			
(六)					
应用科室名称	骨科病区				
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	
	贾文锋	110411300005312			
	蒋旭普	110410000035019			
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管理规范(2012年版)				

2、评估形式（打勾）	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：林楠、王林俭、宋尧、杨建超、李元盈、于云和、任英丽、郭楠、贺静雅、罗沛、王琳、张相荣、张林武、李文灿、张慧敏、庞金敏、樊晓阳
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：林楠、任英丽、王林俭、杨建超、于云和、李元盈、王珊、贺静雅、罗沛、万凤梅、张林武、李文轩、王占永、李文灿、廖渊、庞金敏、张慧敏、杜志先、陈果
	其他形式（请具体说明）：无
3、评估主要内容	<p>一、科室</p> <p>1、开展骨科临床诊疗工作 34 年，床位 50 张，设有关节外科专业组，关节外科组床位 20 张。</p> <p>2、累计完成人工膝关节置换手术 50 例。</p> <p>二、手术室</p> <p>1、有 1 间面积 30 平房以上 100 级层流手术室，周边区 1000 级。</p> <p>2、配有经国家食品药品监督管理局批准的满足人工膝关节置换手术需要的手术器械。</p> <p>3、配备有符合放射防护条件的 C 臂 X 线机。</p> <p>三、相关科室和设备</p> <p>1、设有麻醉科、重症监护室、心血管内科、呼吸内科、内分泌科及康复科等 专业科室及专业医师，具备全身合并症、并发症的综合处理和抢救能力。</p> <p>2、具备 CT、床边 X 线摄影机、术后功能康复系统，有完善的应用管理制度，县域内有人工膝关节置换诊疗需求。</p> <p>3、具有专业骨科队伍，有副主任医师 2 名（均 20 年以上骨科临床诊疗工作经验），主治医师 3 名（均 10 年以上骨科临床诊疗工作经验），住院医师 1 名；均有三甲医院进修经历，经过相关专业系统培训并考核合格，人员梯度结构合理。由南阳市中心医院行人工膝关节置换帮扶 3 年。</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 <input type="checkbox"/>
四、医疗机构意见	
是否同意开展该类别技术（打勾）	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技术”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。