


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: 2017年2月13日, 申请备案日期: 2023年3月16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)	_____ 胸外科内镜诊疗 _____ 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) 胸腔镜下解剖性肺段切除术		
		(二) 胸腔镜下复合肺叶切除术		
		(三)		
		(四)		
		(五)		
		(六)		
应用科室名称	胸部肿瘤外科			
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
	李文灿	110411300005329		
	王争鸣	110411300005251		
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	胸外科内镜诊疗技术临床应用管理规范(2019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、刘爱好、张学芳、王琳、张相荣、张勇智、张林武、李文灿、张慧敏、庞金敏、樊晓阳及各临床科室主任等医院医疗技术委员会成员
	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、张艳丽、刘爱好、张学芳、万凤梅、张林武、李文轩、王占永、李文灿、廖渊、庞金敏、张慧敏、张相荣、杜志先、陈果等医院伦理委员会成员
	其他形式 (请具体说明): 无
3、评估主要内容	一、科室 1、开展胸科临床诊疗工作30年, 床位50张, 设有胸腔镜外科专业组, 腔镜组床位15张。 2、累计完成胸腔镜下复合肺叶切除术和解剖性肺段切除术共50例。 二、手术室 1、有2间面积30平房以上1000级层流手术室。 2、配有经国家食品药品监督管理局批准的满足胸外科腔镜手术需要的器械。 3、配备有符合国家规定的胸腔镜手术设备, 如超声刀、成像系统等。 三、相关科室和设备 1、设有麻醉科、重症监护室、心血管内科、呼吸内科、心内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。 2、具备高清胸腔镜两台、超声刀手术系统、呼吸机等设备, 有完善的应用管理制度, 县域内有胸腔镜手术需求。 3、具有专业胸科队伍, 有主任医师1名、副主任医师1名 (均20年以上胸科临床诊疗工作经验), 主治医师3名 (均10年以上胸科临床诊疗工作经验), 住院医师1名 (10年胸科临床诊疗工作经验); 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。
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。