


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) | 邓州市中心医院 | | 等级/类别 | 三级综合 | |
| 医疗技术临床应用 管理委员会联系人 | 赵博 | 所在部门 | 医务科 | 联系电话 037762399919 | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 省级限制类 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 备案类别 (打勾) | 首次备案 <input checked="" type="checkbox"/> 首例开展日期: 2022年6月27日, 申请备案日期: 2023年09月11日 | | | | |
| | 重新备案 <input type="checkbox"/> 既往备案日期: 年 月 日, 申请备案日期: 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) | 体外膜肺氧合 (ECMO) 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 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 应用科室名称 | 急诊科 | | | | |
| 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 | |
| | 胡学刚 | 110411381000349 | 刘克 | 110411381000731 | |
| | 丁偶 | 201241000453 | 吕继辉 | 110411381000332 | |
| | 张正璠 | 110411381000304 | 胡培显 | 110410000092590 | |
| | 李小明 | 110410000094921 | 刘化仙 | 110411381001072 | |
| | 邹伟 | 242411381000348 | | | |

| | |
|---------------------------|---|
| 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 | G11 体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用管理规范/国卫办医发〔2022〕6号 |
| 2.评估形式（打勾） | 管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 参会人员：李照义、王杰方、安兆全、赵博等 |
| | 伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 参会人员：李照义、王杰方、安兆全、赵博等 |
| | 其他形式（请具体说明）： |
| 3.评估主要内容 | 经医院医疗技术临床应用委员会及伦理委员会评估，医院及相应科室硬件设施齐全，技术力量完备，符合国家和河南省要求 |
| 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：

- 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。