

## 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)	荥阳爱肾血液透析中心	等级/类别	未定级	
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	何莹	所在部门 透析中心	联系电话 13937108390	
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11月17日, 申请备案日期: 2021年11月17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)	血液净化 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	透析中心			
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
	于向东	403110329	赵伟伟	110410100016864

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	血液净化技术
2. 评估形式 (打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 于向东、赵伟伟、何莹、陈丽洁、肖亚萍、王琴、耿磊、吕邢
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 于向东、赵伟伟、何莹、陈丽洁、肖亚萍、王琴、耿磊、
	其他形式 (请具体说明):
3. 评估主要内容	经荥阳爱肾血液透析中心医学伦理委员会按照血液净化标准操作规程 (2010 版) 和河南省血液透析技术管理规范评估如下: 荥阳费森尤斯爱肾血液透析中心按照标准结构布局要求设置, 透析设备安装到位, 运行正常。结合本单位具体情况制定详细的规章制度及各种应急预案、并发症处理流程、紧急意外处理流程, 组织科室人员学习并考核。严格按照感染控制管理要求落实《医院感染管理规范 (试行)》、《消毒管理办法》和《消毒技术规范》等有关规范, 透析中心治疗专业人员资质符合要求。同意申请血液净化技术备案。
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。