附件3

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）	郑东天集口腔门诊部			等级/类别	口腔门诊部
医疗技术临床应用管理委员会联系人	张真真	所在部门	口腔科	联系电话	0371-55918120
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□　　省级限制类☑				
备案类别（打勾）	首次备案☑ 首例开展日期：2020年 5 月 11 日，申请备案日期：2020年 5 月 22日				
	重新备案□ 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）	口腔种植技术				
	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					
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
	张真真	120410100001120			

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	口腔种植技术管理规范
2. 评估形式（打勾）	管理委员会☑ 参会人员：张真真 姜峰 刘华锋，霍玉玉
	伦理委员会☐ 参会人员：
	其他形式（请具体说明）：
3. 评估主要内容	门诊资质 人员状况 场地设施和设备.
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）：姜峰

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。