

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)	郑州市口腔医院门诊部		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	刘华	所在部门	口腔科	联系电话	0371-6388888
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: 2020年11月9日, 申请备案日期: 2020年11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)	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	
	刘华	120410200000146			

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 <input checked="" type="checkbox"/>
	参会人员: 刘华 薛淑 苏天 吴玲玲
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/>
	参会人员: 刘华 薛淑 苏天 吴玲玲
	其他形式 (请具体说明):
3. 评估主要内容	评估内容 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 <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。