


## 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)	郑东未来黄河南路口腔门诊部		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	欧阳秋玲	所在部门	口腔科	联系电话
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10月13日, 申请备案日期: 2020年10月14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)	口腔种植诊疗      技术			
	(一)			
	(二)			
	(三)			
	(四)			
	(五)			
	(六)			
应用科室名称	口腔科			
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
	欧阳秋玲	120410100000710		

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/卫办医政发(2013)32号
2. 评估形式(打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/>
	参会人员: 欧阳秋玲、刘倩、高秋月、王攀
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/>
	参会人员: 欧阳秋玲、刘倩、高秋月、王攀、蒋文娟、王晓丽
	其他形式(请具体说明):
3. 评估主要内容	<p>1、医院资质: 为口腔门诊部, 拥有牙椅6台, 有各项规章制度、人员岗位职责, 有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程, 并成册使用。</p> <p>2、设施设备: 设有种植手术室, 手术室面积约33m<sup>2</sup>, 装备有口腔种植动力系统、种植外科器械、种植修复器械及相关专用器械, 有放射防护条件的CBCT影像诊断设备, 配备有消毒供应中心, 口腔种植诊室消毒管理符合《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》, 有口腔种植诊疗器械消毒及灭菌效果检测记录。</p> <p>3、人员管理: 所有备案医师均取得《医师执业证书》, 执业范围为口腔, 均参加口腔种植及相关专业继续教育, 获得国家I类学分40分, 学时120小时。</p> <p>4、技术管理: 严格遵守口腔科相关疾病的临床诊疗指南和技术操作规范, 根据患者病情、可选择的治疗方案等因素因病施治、合理治疗, 严格掌握口腔种植技术的适应症和禁忌症, 配备有放射诊疗设备, 术前进行颌骨X射线检查与诊断。实施口腔种植术前, 向患者告知手术目的、手术风险、可替代治疗方案、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施等, 并签署知情同意书。建立完善的门诊种植病例, 书写及管理都执行国家《病例书写基本规范》和我省《病例书写基本规范实施细则(试行)》。按照要求定期接受口腔种植技术临床应用能力评价和临床应用效果评估, 包括病例选择、手术成功率、严重并发症、药物并发症、医疗事故发生情况、患者随访情况及病例质量等。</p> <p>5、其他管理: 使用经国家药品监督管理部门审批的口腔种植技术所需的材料、器械、设备。</p>
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	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。