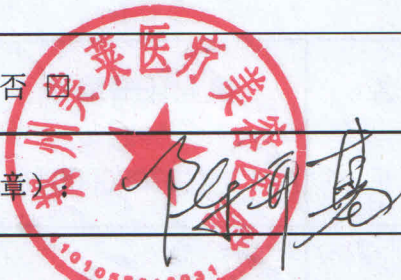


河南省限制类医疗技术临床应用备案表

| 一、医疗机构基本信息 | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------|-------|---------------------|
| 医疗机构名称 (盖章) | 郑州美莱医疗美容医院 | | 等级/类别 | 二级 |
| 医疗技术临床应用 管理委员会联系人 | 张颜冰 | 所在部门 | 医务科 | 联系电话 15038199637 |
| 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 type="checkbox"/> 首例开展日期: 年 月 日, 申请备案日期: 年 月 日 | | | |
| | 重新备案 <input checked="" type="checkbox"/> 既往备案日期: 2019年4月1日 | | | |
| 医疗技术名称 (请务必按照附件1、2 所列名称, 规范填写) | <u>口腔种植诊疗</u> 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 | 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 |
| | 徐菲 | 120411700000041 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|-----------------------|---|
| 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 | 口腔种植诊疗技术 |
| 2.评估形式 (打勾) | 管理委员会 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 参会人员：刘伟、阴淑琴、朱琳、孙丽军、邵芳、丁建平、徐菲、赖华伟、杜静静、王利民、郭晓羽 |
| | 伦理委员会 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.评估形式 (打勾) | 参会人员：刘伟、阴淑琴、朱琳、孙丽军、邵芳、徐菲、赖华伟、杜静静、王利民、郭晓羽 |
| | 其他形式 (请具体说明)： |
| 3.评估主要内容 | 本院人员资职：医生2名（副主任医师1名、主治医师1名）护士4名（护师2名、护士2名）；医疗设备：移动牙科X线机1台、口腔X射线计算机摄影系统1台、心电监护仪1台、除颤监护仪1台、根管马达1台、高频电刀1台、超声骨刀机1台、石膏打磨机1台、WH种植机1台等；医疗场所：诊室8间（种植室1间、隔离治疗室1间、正畸室1间、修复室1间等），每间诊室配有循环消毒机；风险预案： |
| 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 type="checkbox"/> <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 type="checkbox"/> <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。