
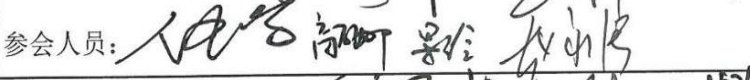

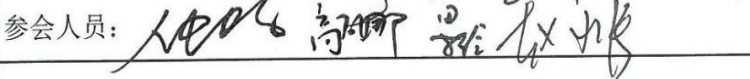


河南省限制类医疗技术临床应用备案表

一、医疗机构基本信息				
医疗机构名称 (盖章)	登封市人民医院		等级/类别	三级综合
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	赵永强	所在部门	医务科	联系电话 17537186800
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: 2022年 7月 20日, 申请备案日期: 2022 年 8 月 1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)	外周血管介入诊疗技术			
	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) 主动脉夹层腔内修复术		
		(二) 主动脉瘤内修复术		
		(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
	苗炜宇	110410100011653		
	景静源	110410100011659		

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	《外周血管介入诊疗技术规范管理》
2. 评估形式 (打勾)	管理委员会√  参会人员: 
	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	<p>1. 符合外周血管介入诊疗技术临床应用管理规范的本机构执业医师中,至少1名具有副主任医师及以上专业技术职务任职资格。</p> <p>2. 具备满足开展按照三级及以上手术管理的外周血管介入诊疗技术的介入手术室、重症监护室、医学影像科、麻醉科、手术室和其他相关科室、设备和技术能力。</p> <p>3. 拟独立开展按照四级手术管理的外周血管介入诊疗技术 (《按照四级手术管理的外周血管介入诊疗技术参考目录》见附件1) 的医师, 在满足上述条件的基础上, 还应当满足以下条件:</p> <p>(1) 从事相关临床专业诊疗工作不少于10年, 具有副主任医师及以上专业技术职务任职资格。累计独立完成外周血管介入诊疗操作不少于800例; 其中完成按照三级手术管理的外周血管介入诊疗操作不少于200例。</p> <p>(2) 经过符合要求的外周血管介入技术培训基地系统培训并考核合格。</p> <p>(二) 其他相关卫生专业技术人员。经过外周血管介入诊疗技术相关专业系统培训, 具有开展外周血管介入诊疗技术临床应用的相关能力。</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 √ 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): 