


## 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<br>(盖章)                       | 河南电力医院                                                                   |                 | 等级/类别 | 二级甲等综合医院              |
| 医疗技术临床应用<br>管理委员会联系人                 | 郭琳                                                                       | 所在部门            | 医疗事务部 | 联系电话<br>0371-68691230 |
| 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"/><br>首次开展日期:      年 月 日, 申请备案日期:      年 月 日  |                 |       |                       |
|                                      | 重新备案 <input checked="" type="checkbox"/><br>既往备案日期: 2025年4月11日           |                 |       |                       |
| 医疗技术名称<br>(请务必按照附件1、2<br>所列名称, 规范填写) | 神经血管介入诊疗 技术                                                              |                 |       |                       |
|                                      | 如以上申请备<br>案技术包含分<br>项技术, 请在<br>右侧栏目分别<br>注明                              | (一)             |       |                       |
|                                      |                                                                          | (二)             |       |                       |
|                                      |                                                                          | (三)             |       |                       |
|                                      |                                                                          | (四)             |       |                       |
|                                      |                                                                          | (五)             |       |                       |
|                                      |                                                                          | (六)             |       |                       |
| 应用科室名称                               | 神经内科                                                                     |                 |       |                       |
| 具备资质<br>人员信息<br>(可另附页)               | 姓名                                                                       | 执业证书编号          | 姓名    | 执业证书编号                |
|                                      | 杨静                                                                       | 110410100008764 |       |                       |
|                                      | 曹镇洋                                                                      | 110220100001656 |       |                       |
|                                      | 武耀辉                                                                      | 141410100002448 |       |                       |
|                                      |                                                                          |                 |       |                       |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 《神经血管介入诊疗技术临床应用管理规范（2019年版）》、《中国急性缺血性脑卒中早期血管内介入诊疗指南》、《颅内动脉瘤血管介入治疗中国专家共识》、《脑动脉瘤畸形介入治疗中国专家共识》。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2.评估形式（打勾）            | 管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/><br>参会人员：周琳、刘万周、张雁、王先升、郭琳、宋玉霞、齐新丽、李朝辉、康豪鹏、杨静、左岸休、陈涛、闫双双、张坤、武海军、杨晓君、何永强、石亚伟、徐力、武俊光、解华、曹晓辉、张小牛、徐高旭、刘斐、孙继英、张向前、谢丽玲、赵静、张俊杰                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                       | 伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/><br>参会人员：刘万周、郭琳、武海军、张岩、武俊光、左岸休、孙继英、谢丽玲、赵静、郜慧敏                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                       | 其他形式（请具体说明）：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 3.评估主要内容              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.河南电力医院是二级甲等综合医院，设置有神经内科、神经外科、介入科和重症监护室各临床、医技、辅助科室设置齐全；配备有医用血管造影X射线机、1.5T高端磁共振、64排CT、多普勒彩超等设备，具备与开展神经血管介入诊疗技术相适应的功能、任务和技术能力。</li> <li>2.神经内科医护团队力量雄厚，具有丰富的医疗资源和成熟的医疗技术，相关医务人员经过介入诊疗规范化培训，具备了神经血管介入诊疗技术临床应用的能力。</li> <li>3.人员岗位职责、操作规程、质量管理、感染预防控制、应急预案、人员培训和职业安全防护等方面工作制度完善并落实；符合相关技术管理规范要求。</li> <li>4.开展此项目的社会效益及经济效益。</li> <li>5.神经血管介入诊疗技术人员对急性卒中、出血性脑卒中等脑血管急危重患者能够进行及时准确的治疗、处理和抢救。</li> </ol> |
| 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）：<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |