


## 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)	郑州南区口腔医院		等级/类别	二级
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	何云英	所在部门	行政办	联系电话 17719873877
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11月6日, 申请备案日期: 2022 年11月15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			
	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
	李玉景	120320583000335		

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	卫生部《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: 王延镞、李玉景、余三洋、赵念龙
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/>
	参会人员: 王延镞、李玉景、余三洋、赵念龙
	其他形式(请具体说明):
3.评估主要内容	<p>1、医疗机构基本要求: 1) 2021年3月10日郑州市卫生健康委员会批准我院开展口腔诊疗相关科目; 2) 房屋建筑面积与功能划分、设备设施与人员配备符合《医疗机构基本标准(试行)》要求; 3) 有独立的口腔种植诊室及手术间, 并配有完整的相应设备及专用器械; 4) 有曲面体层CT影像诊断及诊断能力; 5) 用于口腔种植诊疗的诊室的消毒管理应当符合《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》要求; 6) 两名从事放射诊疗工作人员均持有《放射工作人员证》并按照相关规定开展诊疗活动。</p> <p>2、从事种植专业医生均取得医师执业证, 执业范围均为口腔专业; 并进行相应的培训。</p> <p>3、技术管理: 种植医师均按照规定进行正规的种植培训。</p> <p>4、使用经国家药监部门批准的口腔种植技术所需的材料、器械、设备; 有健全的规章制度, 严格按照执行国家物价、财务政策, 按照规定收费。</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(打勾)	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
法定代表人意见	签字(盖章):  付晓江

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。