



## 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)	郑州市口腔医院			等级/类别	二级
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	孙贵峰	所在部门	种植科	联系电话	13938428546
二、申请备案限制类医疗技术信息					
国家限制类 <input type="checkbox"/>		省级限制类 <input checked="" type="checkbox"/>			
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: 2014 年 9 月 30 日					
口腔种植诊疗__技术					
医疗技术名称 (请务必按照附件1、2 所列名称, 规范填写)	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				
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	
	孙贵峰	120410000001993	彭文军	120410000002089	
	张海燕	1204101000000896	贺小吉	120410000002401	
	郝蕊	1204101000001298			

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	
2.评估形式 (打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/>
	参会人员: 刘党利 孙贵峰 李喜红 张先琴 孙 子 荆昊东
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 刘党利 孙 琦 彭林红 张先琴 李喜红 孙贵峰 岳 亚
	其他形式 (请具体说明) :
3.评估主要内容	(1) 功能好, 能正常行使咀嚼功能; (2) 无麻木、疼痛等不适; (3) 自我感觉良好, 舒适无异物感; (4) 种植体周围X线无透射区, 水平骨吸收不超过1/3, 种植体不松动; (5) 偶尔有牙龈炎症, 但可控制; (6) 无与种植体相关的感染; (7) 对邻牙支持组织无损害; (8) 美观; (9) 咀嚼效率达70%以上; (10) 5年的成功率85%以上, 10年的成功率80%以上
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): 

说明:

1.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。

2.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。