


附件3

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) | 郑州市第九人民医院 | | 等级/类别 | 三级专科 |
| 医疗技术临床应用 管理委员会联系人 | 任茹月 | 所在部门 | 医务科 | 联系电话 0371-58678527 |
| 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: 2020年8月27日, 申请备案日期: 2024年3月21日 | | | |
| 医疗技术名称 (请务必按照附件1、2 所列名称, 规范填写) | 心血管疾病介入诊疗 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) | | |
| | | (二) | | |
| | | (三) | | |
| | | (四) | | |
| | | (五) | | |
| | | (六) | | |
| 应用科室名称 | 心血管内科 | | | |
| 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 |
| | 胡号兵 | 110410100011244 | 程勇 | 110410100013579 |
| | 张超 | 110410000056580 | 余娟 | 110410100011258 |
| | 牛健 | 142411600000353 | | |
| | | | | |

| | |
|------------------------|---|
| 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 | 心血管疾病介入诊疗技术临床应用管理规范（2019年版） |
| 2. 评估形式（打勾） | 管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：刘建民、张新明、张祖峰、张海生、禹香菊、董来宾、贾永、娄克敏、李琳、李浩田、李方 |
| | 伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：刘建民、张新明、王建凯、李方、秘洁、李少华、张玉慧、刘丽杰 |
| | 其他形式（请具体说明）： |
| 3. 评估主要内容 | 1. 开展此项目的先进性及实用性； 2. 开展此项目所具备的条件、安全性及操作规范； 3. 开展此项目的相关制度及应急预案； 4. 开展此项目的社会效益及经济效益； 5. 人员资质、科室设置、仪器设备及各项规章制度符合心血管疾病介入诊疗技术临床应用管理规范要求。 |
| 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：

- 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。