

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)	郑州市金水区总医院		等级/类别	三级/综合医院
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	冯炎超	所在部门	医政科	联系电话 0371-65398007
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 ☐ 省级限制类 ☒			
备案类别 (打勾)	首次备案 ☒ 首例开展日期: 2024年7月17日, 申请备案日期: 2024年7月22日			
	重新备案 ☐ 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
	彭博	220410000001889	王鹏飞	220410100000951

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	《口腔种植诊疗技术临床应用管理规范》
2.评估形式（打勾）	管理委员会☑ 参会人员：屈燕鸣、李志信、张太意、杜薇、王燕冰、赵亮、冯炎超、冉艳艳、申树娟、王丽娜（护理部）、许文娟、刘克、周艳、卢战辉、王军委、刘阳、莫娜、程兰芳、陈飞朋
	伦理委员会☑ 参会人员：李志信、冯炎超、顾竹明、于璇、陈洁、杨爽、莫娜、刘克、冉艳艳
	其他形式（请具体说明）：
3.评估主要内容	1、此项目的先进性、实用性； 2、开展此项目具备的条件、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、此项目的社会效益及经济效益。
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）： 

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。