


## 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)	郑州拜尔口腔医院			等级/类别	二级
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	梁燕	所在部门	医政医管部	联系电话	13613849713
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 年 9 月 10 日, 申请备案日期: 2022 年 9 月 10 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	
	李素红	120410103000021			

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：马贺、李素红、董磊、郭秋丰
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：马贺、李素红、董磊、郭秋丰
	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) 2022年8月31日郑州市卫计委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）：  穆智强

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。