

一、河南省限制类医疗技术临床应用备案表

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)	郑州爱尔眼科医院			等级/类别	二级/专科
医疗技术临床应用管理委员会联系人	谢雨君	所在部门	医务部	联系电话	13598653850

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 checked="" type="checkbox"/> 省级限制类 <input type="checkbox"/>	
备案类别 (打勾)	首次备案 <input checked="" type="checkbox"/> 首例开展日期: 2024 年 1 月 23 日, 申请备案日期: 2024 年 1 月 25 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)	同种异体角膜移植 技术	
如以上申请备案技术包含分	(一) 穿透性角膜移植术	
	(二) 板层角膜移植术	
	(三) 角膜内皮移植术	

	项技术，	(四)
	请在右侧	(五)
	栏目分别 注明	(六)

应用科室名称	眼表角膜科			
--------	-------	--	--	--

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
	鲁静	510402197212290529	黄明海	110450000035368

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	G04 同种异体角膜移植技术临床应用管理规范 (2022 版)
------------------------------------	---------------------------------

2. 评估形式 (打 勾)	管理委员会 <input type="checkbox"/> 参会人员: 邱峰 李玉军 赵朝霞 游昌涛 瞿章俊 姜冬 陈瑞合 冯珂 孙利娜 白鹏 韩红琳 刘玲玲 曾涛 买玉洁
	伦理委员会 <input type="checkbox"/> 参会人员: 邱峰 李玉军 赵朝霞 游昌涛 瞿章俊 姜冬 陈瑞合 冯珂 孙利娜 白鹏 韩红琳 刘玲玲 曾涛 买玉洁
	其他形式 (请具体说明):

3. 评估主要内容	<p>一、从事角膜移植技术人员基本情况的评估：</p> <p>1. 角膜移植手术医师情况：手术医师为副主任医师，能对患眼结构及视功能作出客观评价，能够独立开展眼前节各类手术，具有独立处理角膜移植手术相关并发症的能力。</p> <p>2. 角膜移植手术室护士情况：从事手术室工作年限 12 年，角膜移植手术室工作年限 6 年，熟悉角膜移植专用显微器械的清洁、消毒、保养。</p> <p>二、眼科检查设备科室设置情况的评估：</p> <p>1. 法国光太 AVISO 眼科 A/B 型超声诊断仪</p> <p>2. 天津迈达 MD-300L 眼科超声生物显微镜</p> <p>3. 日本 NIDEK CEM-530 角膜内皮显微镜</p> <p>4. 法国罗兰 RETI-PORT21 眼电生理诊断系统</p> <p>5. 德国海德堡 激光眼科诊断仪 (OCT)</p> <p>6. 德国蔡司 HFA 750i 视野分析仪</p> <p>三、开展角膜移植手术室情况的评估：</p> <p>1. 布局设置规范合理</p> <p>2. 具有眼科手术所需的麻醉设备 迈瑞 WATO EX-35 麻醉机</p> <p>3. 眼科手术显微镜 Leica M844F40</p> <p>4. 专用的角膜移植手术器械及配套的消毒盒</p> <p>四、其它相关情况的评估：</p> <p>1. 已建立完善的专业技术规范和管理制度，</p> <p>2. 质控管理制度完善</p> <p>3. 建立随访制度，规范开展随访工作</p> <p>五、已建立相关科室设置情况</p> <p>1. 医院开设麻醉科，检验科，心电图室，医学影像科</p> <p>2. 检验项目开展情况：血常规 尿常规 血生化 传染病 4 项 微生物检验等术前检查项目。</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)： 

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。