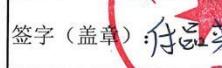


附件3

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)	郑州荣安血液透析中心			等级/类别	未定级/血液透析中心
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	马东锋	所在部门	医务科	联系电话	17839639222
二、申请备案限制类医疗技术信息					
技术类别 (打勾)	<input type="checkbox"/> 国家限制类 <input checked="" type="checkbox"/> 省级限制类				
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: 2022年4月24日				
医疗技术名称 (请务必按照附件1、2 所列名称, 规范填写)	血液净化技术				
	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	
	马东锋	110320000023537			

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		血液净化标准操作规程2021版
2. 评估形式(打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 马东锋 付品荣 陈夏 方欣 王佳 王静 董帅帅 何一帆	
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 马东锋 付品荣 陈夏 方欣 王佳 王静 董帅帅 何一帆	
	其他形式(请具体说明):	
3. 评估主要内容	<p>一、我院透析科布局合理,分区明确,标识清楚。</p> <p>二、我科分辅助区域和工作区域,有传染病病人专用透析区和透析单位,标志明确。</p> <p>三、我院为惠济区最早开展血液透析技术医院之一。</p> <p>四、我院具有完成肾脏疾病及血液透析所需的临床能力如:血、尿分析,肾功能,血电解质及乙肝、丙肝、梅毒的检测,B超等影像学检查技术。我科均能按规定执行透析用水的余氯检测,透析液和反渗透水内毒素的测定和水质硬度的检测。</p> <p>五、我院开展血液透析项目以来,共完成常规双重血浆置换1人次。</p> <p>六、我院血液透析人员配备:副主任医师一名,主治医师二名,执业医师一名,主管护师两名,护师三名,护士五名。</p> <p>七、血液透析患者适应症和禁忌症的掌握符合标准。透析治疗的医疗安全标准按规范执行。透析流程合理,标准规范。</p> <p>八、在透析过程中始终坚持执行血液透析医疗应急预案,一旦发生透析并发症均有条不紊的按应急预案进行抢救治疗。</p> <p>九、血液透析卫生学要求:按国家标准执行,即均使用一次性透析管路,血浆分离器,血浆成分分离器,一次性穿刺针等用品。</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。