


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)	郑州视献眼科医		等级/类别	未定级/眼科医院
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	谢继欢	所在科室	医务科	联系电话 15713696708
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: 2024年7月20日, 申请备案日期: 2024年7月22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)	激光角膜屈光手术 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) 飞秒激光辅助准分子激光角膜原位磨镶术		
		(二) 飞秒激光小切口角膜基质透镜取出术		
		(三)		
		(四)		
		(五)		
		(六)		
应用科室名称	屈光科			
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
	鹿俊俊	110410000084528		

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	河南省医疗机构准分子激光角膜屈光手术技术管理规范；我国飞秒激光小切口角膜基质透镜取出手术规范专家共识（2018年）；中国经上皮准分子激光角膜切削术专家共识（2019年）；激光角膜屈光手术临床诊疗专家共识（2015年）
2. 评估形式（打勾）	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/>
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/>
	其他形式（请具体说明）：
3. 评估主要内容	<p>我院按照《河南省医疗机构准分子激光角膜屈光手术技术管理规范（试行）》的要求进行评估，具体评估内容如下：</p> <p>1、医疗机构基本要求</p> <p>2、人员基本要求</p> <p>3、技术管理基本要求</p> <p>评估结论：我院人员、设备、场所、管理、相关科室配置上完全具备开展此项限制类医疗技术的条件，符合开展激光角膜屈光手术技术的要求。医护人员能够谨遵法律法规及相关规范要求，能够依法依规开展激光角膜屈光手术技术，全面保证医疗质量和保障患者安全。</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：

- 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。