

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)	邓州肿瘤医院		等级/类别	二级/专科
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	李萍	所在部门	医务科	联系电话 0377-60322165
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: 2025年4月1日, 申请备案日期: 2025年4月7日			
	重新备案 ☐ 既往备案日期: 年 月 日, 申请备案日期: 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)	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	血液透析室			
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
	王明哲	110350100001502		



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	原卫生部关于印发《医疗机构血液透析室管理规范》的通知(卫医政发(2010)35号)
2. 评估形式 (打勾)	管理委员会 ☒ 参会人员: 冀华逊、李敏玲、李萍、胡新法、彭雷、陈青松、赵喜超、王伟、李通、牛志顺、姚书元、韩凤鸣、马荣焕、卢雪晴、赵学军
	伦理委员会 ☒ 参会人员: 冀华逊、李萍、李敏玲、杜长生、袁心雄、陈青松、李通、马荣焕、赵学军、张国瑞、王展、华成瑞、秦营
	其他形式 (请具体说明):
3. 评估主要内容	1. 二级肿瘤专科医院, 具备完善的血液透析室设施、诊疗器械、实验室条件及人员配备, 完成血液透析室执业登记。 2. 设置有肾内科、感染科及相关专业诊疗科目; 3. 设置血液透析单元10个, 配备由血液透析机、血液透析滤过机、血液透析制水系统、心电监护仪、抢救车、紫外线消毒车等。有2名具有透析专业知识和血液透析工作经验的本医疗机构医师, 其中1名主治医师担任负责人, 配备有4名具备透析护理工作经验的本医疗机构护士, 1名主管护师担任护理组长, 血液透析室医师、护士和技师均经过相关培训, 配备达到医疗机构血液透析室基本标准的要求。 4. 依据《医疗机构血液透析室管理规范》制定有本医疗机构血液透析室管理的规章制度、技术规范和操作规程, 工作人员岗位职责明确, 严格落实血液透析室医源性感染的预防和控制措施, 能够保障血液透析治疗安全、有效地开展。 5. 制定并落实血液透析室工作人员的培训计划, 使工作人员具备与本职工作相关的专业知识, 落实相关管理制度和工作规范。 6. 医院质量与安全管理委员会健全, 严格按照医疗质量与安全管理委员会、医疗技术临床应用管理委员会等职责开展质量控制工作, 持续改进医疗质量。 7. 符合知情同意、保护隐私等伦理原则, 具备完善的医疗技术管理制度以及随访制度。
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):  冀华逊

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。



扫描全能王 创建