

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)	南阳市第二人民医院		等级/类别	三级甲等/综合医院
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	李旭	所在部门 医务科	联系电话	13569254169
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 3 月 27 日, 申请备案日期: 2025 年 4 月 9 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)	放射性粒子植入治疗 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	肺部肿瘤科			
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
	王启船	110410000037103		
	陈涛利	110410000082024		

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	《放射性粒子植入治疗技术管理规范（2022 年版）》
2.评估形式（打勾）	管理委员会 ☒ 参会人员：李旭、强玉娜、李君瑞、杨玉环、吴莹、黄庆先、秦晋辉、范丽勇、王启船
	伦理委员会 ☒ 参会人员：刘永西、吕树志、杨军、李旭、宋英、田野、周荣杰、陶炳铜、姚金晓、王明、许德清
	其他形式（请具体说明）：
3.评估主要内容	①三级甲等医院，需要具备开展放射性粒子植入治疗技术的功能； ②设置有肿瘤内科、放疗科、核医学科、医学影像科专业诊疗科目； ③具备符合规范的影像引导技术设备（如超声、CT、德国西门子 Verio3.0 核磁共振、内镜、医学影像图像管理系统等）和放射粒子治疗计划系统（天航科霖） ④具备符合放射性粒子植入技术操作场地及无菌操作条件。 ⑤经过相关培训，具备放射性粒子植入治疗技术临床应用能力的执业医师 2 名； ⑥符合知情同意、控制风险、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	
是否同意开展该类技术（打勾）	是 ☒ 否 ☐
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.关于评估主要内容填写：须严格根据其功能、任务和自身条件、能力，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。