

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)	内乡县人民医院		等级/类别	三级/综合	
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	王会娜	所在部门	医务科	联系电话	13613771236
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01月18日, 申请备案日期: 2025年05月30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)	口腔种植诊疗 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	口腔科				
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	
	李彩红	120411300000216			

三、自查评估信息	
1. 所依据的医疗技术规范/ 专家共识名称	《关于印发口腔种植技术规范的通知》 (卫办医政发〔2013〕32号)
2. 评估形式 (打勾)	管理委员会 ☒ 参会人员: 张淑华、杨祥云、杨柯音、黄彩平、江红政、李兰涛、薛铁栓、王会娜、杜荟、张恒泉、薛慧娟、岳楠、秦红侠、张叶、贾建波、焦景文、门旭乔、张雷、马俊生
	伦理委员会 ☒ 参会人员: 张淑华、杨祥云、杨柯音、黄彩平、江红政、李兰涛、薛铁栓、王会娜、杜荟、薛慧娟、张叶、贾建波、焦景文、门旭乔、张雷、马俊生
	其他形式 (请具体说明):
3. 评估主要内容	1. 我院为三级综合医院, 具备开展神口腔种植诊疗技术的能力; 2. 独立设置口腔科、口腔CT室、手术室等专业诊疗科目; 3. 具备符合规范的种植手术室; 4. 拥有啄木鸟Implant-X种植机、安业AY-215A1口腔种植手术椅、朗视CBCT及其他口腔种植手术需要的配套设备; 5. 拥有经过相关专业培训, 具备口腔种植诊疗技术临床应用能力的本院主治医师1名, 辅助开展口腔种植诊疗技术的医师4名; 6. 制订相关医疗技术临床应用管理制度, 有完善的应急预案及风险防控机制, 严格履行患者知情告知、院感防控及术后随访等制度。
4. 评估结果 (打勾)	是否符合相应医疗技术规范要求: 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): 

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, “腹腔镜下卵巢瘤全面分期手术”为分项技术名称。
- 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。