

### 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<br>(盖章)                   | 南阳瑞视眼科医院                                                                             |                                                                                                | 等级/类别 | 未定级         |
| 医疗技术临床应用管理委员会联系人                 | 王豪                                                                                   | 所在部门<br>屈光手术科                                                                                  | 联系电话  | 19137931411 |
| 二、申请备案限制类医疗技术信息                  |                                                                                      |                                                                                                |       |             |
| 技术类别<br>(打勾)                     | 国家限制类 <input type="checkbox"/> 省级限制类 <input checked="" type="checkbox"/>             |                                                                                                |       |             |
| 备案类别<br>(打勾)                     | 首次备案 <input type="checkbox"/><br>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"/><br>既往备案日期: 2019年06月12日, 申请备案日期: 2025年05月29日 |                                                                                                |       |             |
| 医疗技术名称<br>(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                           | 屈光手术科                                                                                |                                                                                                |       |             |
| 具备资质人员信息<br>(可另附页)               | 姓名                                                                                   | 执业证书编号                                                                                         | 姓名    | 执业证书编号      |
|                                  | 楼永惊                                                                                  | 110650100004755                                                                                |       |             |
|                                  | 邓娅                                                                                   | 110420000003869                                                                                |       |             |
|                                  |                                                                                      |                                                                                                |       |             |
|                                  |                                                                                      |                                                                                                |       |             |
| 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           |                                                                                      | 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) 激光角膜屈光手术临床诊疗专家共识(2015)、角膜屈光性透镜取出术操作规范(2024)、激光角膜屈光手术技术规范(2023) |       |             |
| 2. 评估形式(打勾)                      |                                                                                      | 医疗技术管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/><br>参会人员: 白石、楼永惊、邓娅、赵举、王豪、黄国华、杜倩、雷鸣、史红果           |       |             |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | 伦理委员会 ■<br><br>参会人员：白石、楼永惊、邓娅、王豪、史红果、魏武、张金卓、李双竹、刘莹莹                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                 | 其他形式（请具体说明）：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3. 评估主要内容       | 评估内容：<br>① 我院为眼科专科医院，需具备开展激光角膜屈光技术的功能；<br>② 我院设有屈光手术科。2位高级职称医师，经过正规培训、具备激光角膜屈光技术临床应用能力的本院在职医师，且在激光屈光角膜手术诊疗方面具有丰富的临床经验。<br>③ 我院屈光手术科自南石医院眼科屈光手术科发展而来，已成立14年，成功完成各类近视手术约2万例，具备开展激光角膜屈光技术的丰富经验；<br>④ 屈光手术科拥有全套精良的德国蔡司VISUMAX500飞秒激光手术系统、德国阿玛仕AMARIS 500E准分子激光手术系统，开展各类屈光手术方式如全飞秒手术、个性化半飞秒手术、表层全激光手术、EVOICL晶体植入术及老视矫正手术等多元化矫正近视、远视（老视）及散光的屈光手术，可一站式的解决近视等各种屈光不正的摘镜需求。<br>⑤ 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        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 是否同意开展该类别技术（打勾） | 是 ■ 否 □                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 法定代表人意见         | 签字（盖章）：<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

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。