

附件3



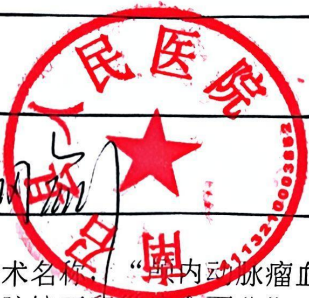
河南省限制类医疗技术临床应用备案表

一、医疗机构基本信息

医疗机构名称 (盖章)	南召县人民医院			等级/类别	三级综合医院
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	赵钢剑	所在部门	行政管理	联系电话	18623996536

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: 2024年12月25日, 申请备案日期: 2025 年4月1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				
应用科室名称					
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	
	王天玉	120410000001323			

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	《口腔种植技术管理规范》	
2.评估形式（打勾）	管理委员会 ☒	
	参会人员：赵钢剑 李阳 王媛媛 马森 靳晓 张德民 李玉春 徐亚斌 李江	
	伦理委员会 ☒	
2.评估形式（打勾）	参会人员：赵钢剑 李阳 张洪焕 王媛媛 吕永路 孙倩 马森 李大鹏 吴彦锋 吴昊 李玉春 李江 靳晓	
	其他形式（请具体说明）：	
3.评估主要内容	我院有卫生部门核准登记的口腔科诊疗项目，有独立种植手术室，装备口腔种植动力系统、种植外科器械、种植修复器械及相关专用器械。具备CBCT影像诊断设备及诊断能力。医师具有医学专业本科及以上学历的医师，接受种植学培训，经考核合格。	
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）： 

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。