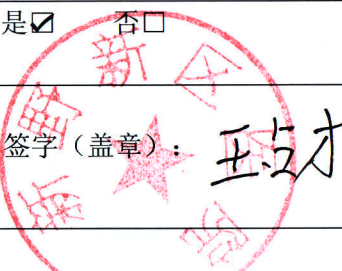


附件三

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	新野新区医院		等级/类别	二级综合
医疗技术临床应用管理委员会联系人	李朝		联系电话	18537779799
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 ☒			
备案类型(打勾)	首次备案 ☒ 首例开展日期: 2025 年 1 月 8 日; 申请备案日期: 2025 年 8 月 18 日			
	重新备案 ☐ 既往备案日期: 年 月 日			
医疗技术名称	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			
应用科室名称	血液透析中心			
具备资格人员信息 (可另附页)	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号
	徐强	110410000082642	周露丽	2019370005595
	吕江南	110410000094197	卢品怡	202441008152
	汤楠	210411300006310	赵婉婷	202441008142
	刘平	200914012035	李倩	202441006552

	钮梦格	202441008154	周桂茹	201941014923
	晁洋	201841020387	肖鹏	技师

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	<<河南省医疗机构血液透析室（中心）职业评审细则>> <<血液净化标准操作规程>>《医疗技术临床应用管理办法》
2. 评估形式（打勾）	管理委员会 ☒
	伦理委员会 ☒
	其他形式（请具体说明）：
3. 评估主要内容	项目涉及血液净化技术的功能、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。（详见评估报告）
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）：  王立才

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。