

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（盖章）	南阳市中心医院		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	付腾	所在部门 医务科	联系电话	0377-63200017
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9月10日，申请备案日期：2025年9月23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）	异基因造血干细胞移植技术			
	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	血液内科、儿童血液肿瘤科病区			
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
	李超	110410000002613	王瑞娟	110410000069460
	尚淼	110410000082514		

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	《异基因造血干细胞移植技术临床应用管理规范》（2022年版）
2. 评估形式（打勾）	管理委员会 ☒ 参会人员：王建刚、宋展、张超远、于桂青、牛桂林、李慧、郑芝欣、王建锋、司小萌、杜伟鹏、李义、雷典、皇甫全林
	伦理委员会 ☒ 参会人员：杨侃、白方会、赵成鹏、付莉萍、党永霞、李慧、郑芝欣、黄炳梅 王玉峰、张凯、雷典、景天闯、王建锋、汤立新、于桂青、李义、李金生、杜伟鹏、翟素平、张超远、孙晓林、邢娟、顾德伦、王松、李海剑
	其他形式（请具体说明）：
3. 评估主要内容	根据《异基因造血干细胞移植技术临床应用管理规范》（2022年版），我院是否符合“医疗机构基本要求”，以上人员是否符合“人员基本要求”，是否符合“技术管理基本要求”，是否建立完善异基因造血干细胞移植技术临床应用管理制度，是否符合国家和我省的其他相关要求。
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）： 