

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 9 月 20 日; 申请备案日期: 2025 年 9 月 26 日			
	重新备案 ☐ 既往备案日期: 年 月 日			
医疗技术名称	心血管疾病介入诊疗技术			
	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	心脑血管科			
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
	胡永涛	110410100013496		
	程凯	110420300004214		

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	心血管疾病介入诊疗技术 临床应用管理规范
2.评估形式（打勾）	管理委员会 ☒ 参会人员：余金峰、刘旗升、齐静、李朝、胡永涛、程凯
	伦理委员会 ☒ 参会人员：郑波、齐静、李朝、胡永涛、程凯、余金峰、雷铭
	其他形式（请具体说明）：
3.评估主要内容	1、技术准入与分类管理；2、资质授权与动态管理：对医师的手术资质、技术操作权限进行定期审核和重新授权，确保其能力与岗位匹配；3、医院内部技术管理制度的落实情况，如手术分级、医师授权、质量控制等；4、技术应用对医院资源的需求（如设备、耗材、人力资源），优化工作流程以确保技术实施的可行性。5、伦理合规性审查、风险与效益评估、跟踪监督与持续改进；确保医疗技术既科学有效又符合伦理要求，最终实现医疗质量与患者安全的双重保障。
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）：余金峰

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。