

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)	方城光明眼科医院		等级/类别	未定级
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	王中利	所在部门	屈光手术科	联系电话 13837774601
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 11 月 6 日, 申请备案日期: 2025 年 11 月 7 日			
	重新备案 ☐ 既往备案日期: 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)	<u>激光角膜屈光手术</u> 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 (可另附页)	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号
	吕小霞	210411322000383		
	王中利	110411322000238		
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）	管理委员会 ☒ 参会人员：王中利、陈吉波、蔡莉莉、刘进霞、朱胜男、吕小霞、杨琳、赵馨
	伦理委员会 ☒ 参会人员：王中利、陈吉波、蔡莉莉、刘进霞、朱胜男、吕小霞、杨琳、赵馨
	其他形式（请具体说明）：
3. 评估主要内容	评估内容： 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； ②我院设有屈光手术科。1位高级职称医师，1位中级职称医师，经过正规培训，具备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。 ③我院成立10年，拥有全套精良的德国LED Z8飞秒激光手术系统、德国阿玛仕AMARIS 500E准分子激光手术系统，具备开展各类屈光手术如全飞秒手术、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）及散光的屈光手术的条件，可一站式的解决近视等各种屈光不正的摘镜需求。 ④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）： 

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。