

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）	方城万超口腔门诊部		等级/类别	门诊部		
医疗技术临床应用管理委员会联系人	杨笑草	所在部门	口腔科	联系电话	15236069999	
二、申请备案限制类医疗技术信息						
技术类别（打勾）	<input type="checkbox"/> 国家限制类 <input checked="" type="checkbox"/> 省级限制类					
备案类别（打勾）	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
	<input type="checkbox"/> 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)	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	(一)				
		(二)				
		(三)				
		(四)				
		(五)				
		(六)				
应用科室名称	口腔科					
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	
	杨笑草	220411081000124				

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	《关于印发口腔种植技术管理规范的通知》 (卫办医政发〔2013〕32号)
2.评估形式(打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 杨笑草 陈旭 刘根义 孙园 杨巧玉
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 杨笑草 陈旭 刘根义 孙园 杨巧玉
	其他形式(请具体说明):
3.评估主要内容	1.开展该项技术具备的条件,包括人员、培训情况、设备等; 2.开展该技术的目的、意义及国内外开展情况等; 3.该项技术的基本情况,包括适应症、禁忌症、不良反应等; 4.制定相关医疗技术临床应用管理制度,有完善应急预案及风险防控机制,严格履行患者知情告知、院感防控及术后随访等制度。 5.设立符合规范的种植手术室。 6.拥有相关专业培训,具备口腔种植诊疗技术临床应用能力的本门诊主治医师1名,辅助开展口腔种植诊疗技术的医师2名及护士2名。
4.评估结果(打勾)	是否符合相应医疗技术管理规范要求: 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
法定代表人意见	签字(盖章):  
说明:	
<p>1.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。</p> <p>2.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。</p>	