

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）	国家限制类 <input type="checkbox"/> 省级限制类 <input checked="" type="checkbox"/>			
备案类别（打勾）	首次备案 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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>口腔种植诊疗</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）		
		（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: 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。 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。	