

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	社旗正能口腔门诊部			等级/类别 门诊部
医疗技术临床应用管理委员会联系人	巩基存	所在部门	诊室	联系电话 18338331185
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 05 日, 申请备案日期: 2025 年 11 月 15 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)	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	口腔种植专业			
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
	田磊	220411002000174		

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	口腔种植技术管理规范
2. 评估形式（打勾）	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：巩基存、田磊、禹瑞青、黄涛、孙丽莎
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：巩基存、田磊、禹瑞青、黄涛、孙丽莎
	其他形式（请具体说明）：
3. 评估主要内容	<p>评估内容：</p> <p>1. 开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. 可能出现的风险预警及应急预案。</p>
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"/>
四、医疗机构意见	
是否同意开展该类别技术（打勾）	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
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。