





河南省限制类医疗技术临床应用备案表

医疗机构基本信息					
医疗机构名称		社旗黄氏口腔门诊部		等级 / 类别	门诊部
医疗技术临床应用管理委员会联系人		黄晓辉		联系电话	13937773564
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10月22日， 申请备案日期： 2025年11月2日			
		重新备案 <input type="checkbox"/> 既往备案日期： 年 月 日			
医疗技术名称		口腔种植诊疗技术			
			(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	
	王鹏	120320581000216			
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	依据《口腔种植技术管理规范》（卫办医政发（2013）32号）制定的标准
2. 评估形式（打勾）	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：王鹏、黄晓辉、赵海印、马慧丽、贾梦阳
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：王鹏、黄晓辉、赵海印、马慧丽、贾梦阳
	其他形式（请具体说明）：
3. 评估主要内容	评估内容： 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. 可能出现的风险预警及应急预案。
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。

2. 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。