

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	宛城贝佳口腔门诊部		等级/类别	未定级
医疗机构技术管理联系人	韦颜芬	所在部门 口腔科	联系电话	15544380668
二、备案医疗技术信息				
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 20 日, 申请备案日期：2025 年 12 月 5 日			
	重新备案 ☐ 既往备案日期： 年 月 日, 申请备案日期： 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
	韦颜芬	120411300000081		

三、自查评估信息	
1. 依据医疗技术规范/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 ☒ 参会人员: 周平、王宇、吴延延、韦颜芬
	伦理委员会 ☒ 参会人员: 王宇、吴延延、周平
	其他形式(请具体说明):
3. 评估主要内容	1. 评估背景 2. 评估依据 3. 人员资质与能力评估 4. 场地与设备评估 5. 技术可行性与风险评估 6. 患者管理与质量检测 7. 伦理与合规评估 8. 评估结论与建议
4. 评估结果 (打勾)	是否符合相应医疗技术规范要求: 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:

1. 关于医疗技术名称填写: 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”为具体技术项目名称。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”为具体技术项目名称。

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。