

附件3



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) 903243032443	新野康莱血液透析中心		等级/类别 未定级	
医疗技术临床应用管理委员会联系人	张学成	所在部门	联系电话 15993580306	
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 14 日, 申请备案日期: 2025 年 11月 26 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>血液净化技术</u>			
	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	血液透析中心			
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
	邹 鑫	110230000040538	李晓霞	110220100009220
	秦芳军	210411303000231	田雯丽	30220220741130100120
	李 萍	201741006569	乔金元	201744011414
	张玉莹	201323001088	肖云聪	201441023568
	赵梦音	201441021834	周 盈	202241005262

	李玉秋	200823031132	崔朝硕	202341026419
	李梦阳	202541008345	曲丛森	202241004805
	张学成	技师		



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	《医疗机构血液透析室管理规范》
2. 评估形式 (打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 李晓露、郎洪洋、秦芳宇、李萍、李玉秋、张玉莹
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 李晓露、郎洪洋、秦芳宇、李萍、李玉秋、张玉莹
	其他形式(请具体说明):
3. 评估主要内容	我中心可开展血液透析、血液透析滤过、血液灌流等血液透析技术，能够清除潴留患者体内代谢废物或毒物，纠正水、电解质、酸碱平衡失调，让患者身体健康。根据目前医院血液净化配置及医疗技术，能够为本地区血液透析患者提供长期稳定而有效的血液净化透析治疗，相信伴随着我院该项技术的开展，将为更多的血液透析患者带来福音。
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

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): 郎洪洋

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。