

# 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：<br>(盖章)                           | 江旗县妇幼保健院  |                 | 等级/类别    | 二级甲等妇幼              |
| 医疗技术临床应用<br>管理委员会联系人                      | 郭伟  | 所在部门            | 医务部      | 联系电话<br>13949322168 |
| 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"/><br>首例开展日期：2025年12月8日， 申请备案日期：2025年12月24日 |                 |          |                     |
|   | 重新备案 <input type="checkbox"/><br>既往备案日期： 申请备案日期：                                  |                 |          |                     |
| 医疗技术名称<br>(请务必按照附件 1、<br>2 所列名称，规范填<br>写) | 人工髋关节置换诊疗技术   |                 |          |                     |
|   | 如以上申请<br>备 案技术包<br>含分项技<br>术，请在右<br>侧栏目分别<br>注明                                   | (一)             | 人工髋关节置换术 |                     |
|   |   | (二)             |          |                     |
|   |   | (三)             |          |                     |
|   |   | (四)             |          |                     |
|   |   | (五)             |          |                     |
|   |   | (六)             |          |                     |
| 应用科室名称                                    | 骨科、脊柱关节科  |                 |          |                     |
| 具备资质<br>人员信息<br>(可另附页)                    | 姓名  | 执业证书编号          | 姓名       | 执业证书编号              |
|   | 张长宇   | 110411300007280 | 党国安      | 110411327000136     |
|   | 赵泽亚   | 110411300001417 |          |                     |
| 三、自查评估信息                                  |   |                 |          |                     |
| 1. 所依据的医疗技术管<br>理规范/专家共识名称                | 人工髋关节置换技术管理规范（2012 版）   |                 |          |                     |

|                 |   |
|-----------------|---|
| 2. 评估形式（打勾）     | 管理委员会☑<br>参会人员：赵国玺、韩荣福、王长征、赵泽亚、李磊、赵玉山、郑重、康建锐、刘驰、刘楠、王洪玉  |
|                 | 伦理委员会☑<br>参会人员：赵国玺、韩荣福、王长征、郭伟、赵泽亚、李磊、赵玉山、郑重、康建锐、刘驰、刘楠、王洪玉、陈刚（法律顾问）  |
|                 | 其他形式（请具体说明）：  |
| 3. 评估主要内容       | <p>社旗县妇幼保健院骨科成立于2010年6月5日,现有骨科病区三个（创伤骨科、脊柱关节科、疼痛康复科），共设置床位150张，设有麻醉科、重症医学科、心血管内科、呼吸内科及康复科等专业科室，具备全身合并症、并发症的综合处理和抢救能力，I级洁净手术室2间，医学影像科配备64排CT、双排螺旋CT各一台；1.5T核磁共振一台，移动床旁X线机1台，安装有PACS信息化系统。现有10年以上临床经验外科执业医师6人，其中经专业培训主任医师2名，副主任医师2名，每年完成髌部创伤及关节手术50例以上。在操作过程中严格遵守骨科相关疾病的诊疗指南和技术操作规范，根据患者病情、可选择的治疗方案、患者经济承受能力等因素综合判断，因病施治，合理治疗，科学、严格掌握人工髌关节置换技术的适应证和禁忌证。实施人工髌关节置换手术前，及时向患者及其告知手术目的、手术风险、可替代治疗方案、术后注意事项、可能发生的并发症及预防措施等，并签署知情同意书。同时建立人工髌关节器材登记制度，保证假体来源可追溯。在患者住院病历的手术记录部分留存人工髌关节假体条形码和合格证。</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）<br>  |

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。