

一、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）		社旗县妇幼保健院		等级/类别	二级甲等妇幼保健院
医疗技术临床应用 管理委员会联系人		郭伟	所在部门	医务部	联系电话 13943922168
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 ☒ 省级限制类 ☐				
备案类别（打勾）	首次备案 ☒ 首例开展日期：2026 年 01 月 5 日 申请备案日期：2026 年 01 月 20 日				
	重新备案 ☐ 既往备案日期： 申请备案日期：				
医疗技术名称 （请务必按照附件 1.2 所列名称，规范 填写）	肿瘤消融治疗技术				
	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				
应用科室名称	外科				
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	
	邱应福	110411300000103	赵泽亚	110411300001417	
	赵玉山	110411300002819			
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	《G08 肿瘤消融治疗技术临床应用管理规范（2022 年版）》				
2、评估形式（打勾）	管理委员会 ☒ 参会人员：赵国玺、韩荣福、邱应福、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 ☒ 参会人员：赵国玺、韩荣福、邱应福、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	根据《G08 肿瘤消融治疗技术临床应用管理规范（2022 年版）》要求，我院是符合医疗机构要求，以上开展人员是否符合人员要求，是否符合医疗技术管理基本要求，是否按照要求参加相关培训，是否建立完善肿瘤消融诊疗技术临床应用管理制度，是否符合国家和我省的相关要求。
4、评估结果（打勾）	是否符合相应医疗技术管理规范要求：是☒ 否☐
四、医疗机构意见	
是否同意开展该类技术（打勾）	是☒ 否☐
法定代表人意见	签字（盖章）

说明：

- 1、关于医疗技术名称规范填写：
- 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。