

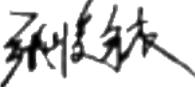
附件三

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	方城立腹康血液透析中心	等级/类别		
医疗技术临床应用管理委员会联系人	张文	联系电话	17737088527	
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 checked="" type="checkbox"/> 省级限制类 <input type="checkbox"/>			
	首次备案 <input checked="" type="checkbox"/>	首例开展日期: 2025年9月15日 申请备案日期: 2025年12月10日		
备案类型(打勾)	重新备案 <input type="checkbox"/> 既往备案日期: 年 月 日			
医疗技术名称	血液净化技术			
	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	(一)		
		(二)		
		(三)		
		(四)		
		(五)		
		(六)		
应用科室名称	血液透析中心			
具备资格人员信息 (可另附页)	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号
	冯爱静	110230000036377	张金磊	200841116194
	张文	210410403000196	王广雪	200841086323
	丹凤琪	2025410040563	杜思雨	202141028079
	张祥彬	ZY00446600	杜梦瑶	202341003903

	张峻铱	1020250435049		

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	《河南省医疗机构血液透析室(中心)职业评审细则》 《血液净化标准操作规程》《医疗技术临床应用管理办法》			
2. 评估形式(打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/>			
	伦理委员会 <input type="checkbox"/>			
	其他形式(请具体说明): 透析中心自评			
3. 评估主要内容	项目涉及血液净化技术的功能、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。(详见评估报告)			
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:	 			

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，
- 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，及建立完善相关技术临床应用管理制度等情况。