附件4

陕西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 |  | | 等级/类别 | | | |  |
| 应用科室名称 |  | | 技术管理委员会联系人与电话 | | | |  |
| 二、申请备案限制类医疗技术信息 | | | | | | | |
| 技术类别 |  | | | 编号 |  | | |
| 备案类别 | 首次备案  首例开展日期： 年 月 日  申请备案日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 重新备案  既往备案日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 技术名称 | 一级目录名称： | | | | | | |
| 二级目录名称： | | | 1. | | | |
| 2. | | | 3. | | | |
| 4. | | | 5. | | | |
| 6. | | | 7. | | | |
| 8. | | | 9. | | | |
| 10. | | | 11. | | | |
| 12. | | | 13. | | | |
| 技术负责人 |  | | | | | | |
| 具备资质  人员信息 | 姓名 | 执业证书编号 | | 姓名 | | 执业证书编号 | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 培训情况 |  | | | | | | |
| 三、自查评估信息 | | | | | | | |
| 所依据医疗技术管理规范/专家共识名称 |  | | | | | | |
| 评估形式 | 医疗技术临床应用管理委员会或组织（ 年 月 日通过）  参会人员： | | | | | | |
| 伦理委员会（ 年 月 日通过）  参会人员： | | | | | | |
| 其他形式： | | | | | | |
| 评估主要内容 |  | | | | | | |
| 评估结果 | 是否符合相关医疗技术管理规范要求：是□ 否□ | | | | | | |
| 四、医疗机构意见 | | | | | | | |
| 负责人签字：  盖 章  年 月 日 | | | | | | | |

注：1.此表可自行增页或增加附件，材料装订成册，加盖医疗机构公章；

1. 另需提供《医疗机构执业许可证副本》复印件。
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。