

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	社旗豫见正能口腔门诊部	等级/类别	门诊部	
医疗技术临床应用管理委员会联系人	巩基存	所在部门	诊室	联系电话 18338331185
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： 2026 年 03 月 15 日，			
	申请备案日期： 2026 年 03 月 25 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)	口腔种植诊疗 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	(一)			
	(二)			
	(三)			
	(四)			
	(五)			
	(六)			
应用科室名称	口腔种植专业			
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
	巩基存	220411327000020		
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	口腔种植技术管理规范			
2. 评估形式（打勾）	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：巩基存、张拴、刘琰煜、黄涛、孙丽莎			
	伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员：巩基存、张拴、刘琰煜、黄涛、孙丽莎			
	其他形式（请具体说明）：			
3. 评估主要内容	评估内容： 1. 开展该项技术具备的条件，括人员、培训情况、设备等； 2. 开展该技术的目的、意义及国内外开展情况等；			

	3. 该项技术的基本情况，包括适应症、禁忌症、不良反应等； 4. 可能出现的风险预警及应急预案。
4. 评估结果（打勾）	是否符合相应医疗技术规范要求：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）： 
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。	