备 案 号：

备案日期： 年 月 日

呼伦贝尔市医疗技术临床应用

备案申请登记表

 医疗机构名称：

 医疗技术名称：

 申请备案时间：

呼伦贝尔市卫生健康委制

**填 表 说 明**

1.本表及相关备案资料均须用A4纸打印。

2.本表填写内容应完整、清楚，不得涂改。

3.填写前请认真阅读《医疗技术临床应用管理办法》和相应的医疗技术管理规范。

4.“备案号”和“备案日期”由呼伦贝尔市卫生健康委审查后统一编写。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医疗机构基本情况 | 医疗机构名称 |  |
| 登记号 |  | 法定代表人 |  |
| 地址（邮编） |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 申请备案医疗技术已经卫生健康行政部门审批 | 是□ 否□ |
| 申请备案医疗技术为拟新开展的医疗技术 | 是□ 否□ |
| 申请科室 |  | 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 相应诊疗技术规范要求的诊疗科目 、辅助科室、必备设备情况 | 诊疗科目设置情况 |  |
| 辅助科室情况 |  |
| 必备设备情况 |  |
| 按照手术分级管理要求获准手术授权的医师情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称 | 从事专业 | 经过相应诊疗技术系统培训并考核合格 |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
| 医疗机构自我评估情况（确认后在各项前的□内打“√”） | □有卫生健康行政部门批准的相应诊疗科目；□有与开展该项医疗技术相适应的设备、设施和其他辅助条件；□有在本机构注册的、能够胜任该项医疗技术临床应用的主要专业技术人员；□主要专业技术人员经过相应诊疗技术系统培训并考核合格；□对主要专业技术人员专业能力进行审核并授予相应的手术权限；□该项医疗技术通过本机构医学伦理审查；□完成相应的临床试验研究，有安全、有效的结果；□近3年相关业务无不良记录；□有与该项医疗技术相关的管理制度和质量保障措施；□符合《医疗技术临床应用管理办法》和相应诊疗技术规范的其他要求。 |
| 备案单位保证书 | **本机构郑重承诺：** 一、本《备案登记表》中所填写的内容真实，符合相关法律法规。二、对本机构医疗技术临床应用和管理承担主体责任。三、严格按照《医疗技术临床应用管理办法》有关要求，建立完善医疗技术临床应用管理制度，按照手术分级管理要求对医师进行手术授权并动态管理。四、建立健全医疗技术评估和管理档案制度，注重病例资料整理和分析，及时总结评估。五、严格遵守相应诊疗指南和技术操作规范，科学、严格掌握适应症和禁忌证。医疗机构主要负责人（签字）： 医疗机构（盖章） 年 月 日 |
| 医疗机构上级卫生健康行政部门备案审查意见 | □同意备案 □不同意备案不同意备案的原因：其他意见： （盖章） 年 月 日 |
| 市卫生健康委备案审查意见 | □同意备案 □不同意备案不同意备案的原因：其他意见： （盖章） 年 月 日 |