附件1

天津市限制临床应用医疗技术备案表

医疗机构第一名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构级别 |  | 床位（牙椅） |  | 详细地址 |  |
| 主要负责人 |  | 联系方式 |  | E-mail |  |
| 应用科室 |  | 技术负责人 |  | 联系方式 |  |
| 备案技术名称 |  | | 首例开展时间 | |  |
| 医疗机构开展此技术所具备的条件 |  | | | | |
| 是否达到管理要求 |  | | | | |
| 开展该项技术医师名单 |  | | | | |
| 该技术首例临床应用评估情况 |  | | | | |
| 医疗机构  意见 | 通过自我评估，是否达到该医疗技术临床应用管理规范要求（是/否）。  主要负责人（签字）:  (医疗机构公章) | | | | |

填表人： 联系方式： 日期：