**上海市人工膝关节置换技术临床应用能力评估申请书**

**一、医疗机构基本情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | |
| 地址 |  | 邮政编码 |  |
| 医疗机构等级 |  | 编制床位 | 张 |
| 所有制形式 |  | 医疗机构性质 | 营利性□ 非营利性□ |
| 联系人 |  | 手机 |  |
| 项目负责人 |  | 手机 |  |
| 近3年本技术行政查处记录 | 有□ 无□ | 相关的技术规范和管理制度 | 建立□ 未建立□ |

**二、相关专业科室设置情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 骨科 | 开展骨科临床诊疗工作 | 年 | 开设  床位 | 张 | | 年出院  人次 | 去年 | | 前年 | |
|  | |  | |
| 关节外科专科病房或专业组 | | 有□ 无□ | | | 关节外科床位 | 张 | | | |
| 专用设备情况  （设备名称、型号、产地） |  | | | | | | | | |
| 手术室 | 有至少1间手术室达到I级洁净手术室标准（手术区100级层流、周边区1000级） | | | | 有□ 无□ | | 手术室使用面积 | | | m2 |
| 满足人工膝关节置换手术需要的手术器材 | | 有□ 无□ | | 符合放射防护条件的C臂X线机 | | | | | 有□ 无□ |
| 辅助科室 | 麻醉科□ 重症监护室□ 心血管内科□ 呼吸内科□ 内分泌科□ 康复科□ | | | | | | | | | |
| CT□ 床边X线摄影机□ 术后功能康复系统□ | | | | | | | | | |
| 具备全身或局部并发症的综合抢救和处理能力 | | | | | | | 是□ 否 □ | | |

**三、人员基本要求**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人基本情况 | 姓名 |  | | 出生年月 | |  | | 所在科室 | |  | |
| 专业 |  | | | | 专长 | |  | | | |
| 专业年限 |  | | | | 执业地点  （如有多个请按顺序写明） | |  | | | |
| 职称 |  | | | | 获得职称时间 | |  | | | |
| 本技术开展年限 |  | | | | 处理并发症能力 | |  | | | |
| 与本技术相关的工作经历及培训进修情况 | 项目负责人签名： | | | | | | | | | |
| 主要人员情况（含项目负责人） | 姓名 | 职称 | 执业范围 | | 专业  年限 | 培训时间 | 培训地点 | | 带教下操作例数 | | 独立操作例数 |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  | |  |

**四、自评报告**

|  |
| --- |
| 请对照技术管理规范，从医疗机构综合实力、人员资质条件、技术开展前期准备工作和技术管理等方面阐述，字数控制在500字左右。 |

**五、申请单位意见**

|  |
| --- |
| 医疗机构法人签名：  单位公章：  日期： |

附表一：《技术人员登记表》

附表二：《人工膝关节置换技术从业人员汇总表》

备注：

一、本市辖区内凡申请人工膝关节置换技术临床应用的医疗机构，均应填报本表；

二、本申请表填写的内容均为真实信息，必须实事求是；

三、所有填写入表格的医护技术人员必须是取得执业资格，注册在本单位的在职人员；

四、本申请书一式六份（至少有一份原件），用A4纸打印；

五、电子版申请书及附表一份[发送至sma501@163.com](mailto:刻录成光盘或发至kjpgb@hotmail.com)邮箱；

六、本申请书应附如下资料：

1. 医疗机构执业许可证副本、相关人员执业证书、职称证书、培训证书复印件（加盖医疗机构公章）；

2. 该技术的相关管理制度和风险防范预案；

3. 卫生行政部门要求的其他相关资料。