**四川省医学科学院·四川省人民医院**

**新技术准入申报表**

（如有空项或以下6项提供不齐全，不予接收）

1. 医疗技术相关人员一览表（至少包括姓名-职称-专业方向-担任本项目的工作）

2. 新技术操作人员资质要求及相关人员培训情况（证明）

3. 新技术操作SOP

4. 新技术风险评估及预案（含并发症及应对措施、出现意外的抢救措施等）

5. 新技术相关知情同意书（须写明替代方案及其比较）

6. 随访方案

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新技术名称 |  | | | | | |
| 申请时间 | 年 月 日 | | | | | |
| 开展基本情况 |  | | | | | |
| 科室 |  | 负责人姓名 | |  | 执业范围 |  |
| 职称 |  | 电 话 | |  | | |
| Email |  | 亚专业方向 | |  | | |
| 主要创新点 |  | | | | | |
| 是否需要购买医疗设备 | □是 设备名称，预估价格万元  □否 | | | | | |
| 监管期的进度和目标（按季度制定目标计划，包括完成病例数、治疗效果及论文、学术交流及成果推广等内容） | 时间 | | 内容 | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| 该技术项目的国内、外应用现状（若为首创性技术须另附查新资料）：  该技术项目在西南地区同级医院开展情况（开展时间、例数、效果）：  该技术开展的重要性：  适应症和禁忌症： | | | | | | |
| 协助科室：  需要协助的内容：  协助人员资质：  协助设备：  其他协助： | | | | | | |
| 目前设备和试剂条件：  目前对于此项技术掌握程度： | | | | | | |
| 收费情况：  是否有收费编码 □是 □否  是否已纳入医保 □是 □否  收费标准： | | | | | | |
| 科室讨论意见：  1、对该技术的先进性、科学性的客观评价:  2、对申请者的业务水平及承担该项目的能力评价：  3、其它需要说明的问题：  科主任签字：  年 月 日 | | | | | | |