**西安交通大学第二附属医院**

**新技术准入申请表**

**一、医疗技术基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 技术名称 |    |
| 技术收费名称 |  | 手术操作编码 |  |
| 手术操作级别 | 一级（ ） 二级（ ） 三级（ ） 四级（ ） |
| 是否涉及伦理问题 | 是（ ） 否（ ） |
| 技术类别 | 国家级限制类（ ） 省级限制类（ ） 非限制类（ ） |
| 创新级别 | 院级（ ） 市级（ ） 省级（ ） 区域级（ ） 国家级（ ） 世界级（ ）**注：国家、国际级别的技术请提供查新证明** |
| 技术负责人 | 姓名：电话： |
| 申请科室 |  |
| 填报日期 |  |
| 技术组成 员 | 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历 | 科室 | 职务/职称 | 项目分工 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**二、医疗技术详细情况**

|  |
| --- |
| 1.医疗技术开展的意义：（必要性与可行性） |
| 2.国内外开展情况：（开展时间、例数、效果等） |
| 3.创新点：（相应区域内，技术上或理论上的创新突破、总结提高、发明发现等） |
| 4.技术内容：（技术路线、方法及实施步骤、关键质量控制环节、人员支撑及实现途径等）  |
| 5.可能的风险意外及相应的防范措施： |
| 6.工作计划：  |
| 7. 所需主要仪器、设备、药品及准备情况（需明确我院现阶段条件是否满足）： |
| 8. 项目预算（设备设施、药品、人员培训等）： |
| 9. 实施效果评价的主要方法与指标：（质控指标） |
|  |
| 10.项目获益：（可能获得的社会及经济效益、对医疗品牌建设、学科发展的促进效果） |
| 12.项目负责人承诺书：（项目开展条件是否成熟、能否按期开展和实施等） |
| 13.科室讨论意见：（详尽具体评价，可另加附页）主任签字: 日期： |