

贵州省限制临床应用的医疗技术备案表(医疗机构)

医疗机构名称(盖章):六盘水市钟山区人民医院 填表人:蔡朝丽 联系电话:18768783446 时间:2024年4月7日

医疗机构名称	医疗机构类别	医疗机构级别	医疗技术名称	医疗技术级别	所在科室	人员情况						仪器设备情况		
						姓名	执业类别	执业范围	专业	职称	名称	型号	台数	
六盘水市钟山区人民医院	非营利性医疗机构	二甲等	肿瘤消融治疗技术	国家限制类技术四级	功能科	蔡朝丽	临床	医学影像与放射治疗	超声诊断	副主任医师	普利微创微波消融仪	MAS-100A3	1台	
六盘水市钟山区人民医院	非营利性医疗机构	二甲等	肿瘤消融治疗技术	国家限制类技术四级	功能科	封红兰	临床	医学影像与放射治疗	超声诊断	副主任医师	普利微创微波消融仪	MAS-100A3	1台	

填表说明: 1. 医疗技术名称: 按照国家卫生计生委和贵州省《限制临床应用的医疗技术(2015版)》所列目录填写; 2. 所在科室: 指开展该医疗技术所在科室, 如为多个科室均应填写; 3. 人员情况: 指符合相关技术管理规范要求的人员, 执业类别为: 临床、中医、执业范围: 内科专业、外科专业等; 4. 仪器设备: 指开展该项技术所需的主要设备。