附件3

**限制临床应用的医疗技术自我评估表**

医疗机构名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 技术项目 | 技术类别 国家限制临床应用□  云南省限制临床应用□ |
| 开展科室 | 建科年限 |
| 科室负责人 | 职务/职称 |
| 技术负责人 | 职务/职称 |
| 对照技术管理规范自查情况 | |
| 医疗机构综合实力 | 符合条件□不符合条件□ |
| 配套设施设备 | 符合条件□不符合条件□ |
| 人员资质 | 符合条件□不符合条件□ |
| 医院风险控制能力 | 符合条件□不符合条件□ |
| 综合评估结果是否符合开展该项技术条件 | 是□否□ |
| **技术自我评估真实性声明**  本人承诺已严格按照该项技术管理规范要求进行自我评估，评估结果真实、有效，愿意承担全部责任。  技术负责人（签名）  科室负责人（签名）  年 月 日 | |
| **医疗机构自我评估意见**  （对该项技术自查结果的真实性，是否同意登记以上技术项目，对登记以上技术项目的意见等）  负责人（签名）：  单位公章  年 月 日 | |
| 备注: | |

医务部联系人： 联系电话：

备注：一个技术项目填一页；有□的地方，请在所选框内打“√”