福建省医疗机构三伏贴医疗技术备案表

（再次备案）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | | | |
| 医疗机构类别 | 1. 综合医院（ ） 2. 中医医院（ ）3. 专科医院（ ）  4. 妇幼保健院（ ）5. 其他医疗机构（ ） | | | | | |
| 医疗机构性质 | 政府办（ ）社会办（ ） | | 医疗机构等级 | |  | |
| 首例开展时间 | 年 月 日 | 上年度  开展例数 |  | 出现不良  反应例数 | |  |
| 医疗机构承诺 | 本机构承诺该项技术已对照国家标准《针灸技术操作规范第9部分 穴位贴敷》（GB/T 21709.9—2008）和中华中医药学会《中医养生保健技术操作规范（Ⅱ）穴位贴敷》等有关医疗技术管理规范进行自我评估，符合相应技术管理规范要求。  医院法定代表人（签字） 医院公章  年 月 日 | | | | | |
| 附件材料 | 上年度三伏贴服务效果评估总结报告及本年度三伏贴服务计划（加盖医院公章）  如有以下情况的，增加相应材料：  1.项目技术负责人发生变更或增加，则需要报送该负责人的资质证明材料，包括姓名、性别、技术职称、执业范围、从事申请技术专业诊疗工作经历、相关技术培训经历及近3年未发生重大医疗事故证明等（加盖医院公章）。  2. 技术应用范围、处方、技术规范发生重大变化的，应重新提交本机构医疗技术临床应用管理专门组织和伦理委员会关于该技术临床应用的论证材料（加盖医院公章）。 | | | | | |
| 负责备案的  卫生健康  行政部门 | 上述材料已收悉，并予备案。  单位（盖章）：  年 月 日  经办人（签字）： 单位负责人（签字）： | | | | | |

医疗机构联系人： 联系方式：

注：此表一项一表，一式2份（分别由医疗机构、备案卫健部门保存）