

附件

成都市限制类临床应用医疗技术备案情况汇总表

填报单位： 四川友谊医院 填报人： 高全清 联系电话： 13980094627

序号	区（市）县	医疗机构名称	限制类技术名称	国家级/省级	备案确认书编号	备案时间	备注
1	锦江区	四川友谊医院	颅颌面畸形颅面外科矫正技术	省级	cdxj-2024013	2024/12/26	由国家级调整为省级
2	锦江区	四川友谊医院	口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术	省级	cdxj-2024011	2024/9/23	

3	锦江区	四川友谊医院	心血管疾病介入诊疗技术	省级	cdxj-2024012	2024/12/26	限开展经皮冠状动脉痿栓塞术、经皮左心耳封堵术
4	锦江区	四川友谊医院	心血管疾病介入诊疗技术	省级	cdxj-2025002	2025/2/26	冠状动脉介入诊疗技术(复杂冠状动脉病变，包括左主干、慢性

							完全闭塞 性病变、 分叉病 变、严重 钙化病 变、极度 扭曲、成 角病变、 开口病 变、三支 血管病变 等)、经导 管心脏射
--	--	--	--	--	--	--	--

							频消融术 (针对心房 纤颤、房 性心动过 速、室性 心律失常 的射频消 融)
5	锦江区	四川友谊医院	心血管疾病介 入诊疗技术	省级	cdxj-2025004	2025/4/10	心律转复 除颤器 (ICD)置 入术、心 脏再同步

							起搏器 (CRT-P) 置入术、 心脏再同 步除颤器 (CRT-D) 置入术、 经导管肺 动脉瓣球 囊扩张成 形术、经 导管肺动 脉瓣植入
--	--	--	--	--	--	--	---

							术、经皮 动脉导管 未闭封堵 术、经皮 房间隔缺 损封堵 术、经皮 室间隔缺 损封堵 术、经皮 卵圆孔未 闭封堵 术、经导
--	--	--	--	--	--	--	---

							管主动脉 瓣置换 术、经导 管主动脉 瓣植入 术、经导 管主动脉 瓣球囊扩 张成形 术、经导 管三尖瓣 球囊扩张 成形术、
--	--	--	--	--	--	--	---

							经导管二尖瓣球囊扩张成形术、经皮二尖瓣生物瓣置换术、经皮二尖瓣机械瓣置换术、经皮二尖瓣钳夹术 (Mitra
--	--	--	--	--	--	--	--

							Clip)
6							

备注：1.限制类技术名称请严格按照国家、省限制类技术目录名称填写，在备注里填写对应开展的手术/操作名称。

2.备案时间精确到年-月-日，示例：2024-6-19。