**内蒙古医科大学附属医院伦理委员会**

**医疗技术年度审查**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 技术名称 |  | | | | | | | | |
| 技术负责人 |  | | | 专业科室 | | | |  | |
| 受理号 |  | | | 伦理批准该项技术时间 | | | |  | |
| **一、该技术开展情况**  1、该项技术经伦理委员会批准后至今开展例数： 例  2、该项技术开展至今有无发生不良事件？□无 □有：\_\_\_\_例  3、该项技术开展至今有无发生严重不良事件？□无 □有：\_\_\_\_例  4、该项技术的风险是否超过预期：□否 □是：请进行详细说明，并提供应急处理预案。  **二、开展该项技术的受益情况**  1、该项技术的应用是否能提高诊疗的专门化水平？□是 □否  2、该项技术的应用是否会降低并发症发生率：□是 □否  3、该项技术的应用是否能够明显改善患者的健康状况：□是 □否  4、该项技术的应用在患者中的认可程度：□普遍接受 □部分接受 □普遍不接受  5、该项技术的应用是否增加患者的诊疗费用：□否 □是 | | | | | | | | | |
| 真实性承诺：以上内容由本人亲自填写，并对根据技术开展情况的真实性负责。 | | | | | | | | | |
| 技术负责人签名 | | |  | | 签名日期 | | | |  |
| **主审审查意见** | | | | | | | | | |
| □同意该技术继续开展 □叫停该项技术  **评议：** | | | | | | | | | |
| 主审委员签名 | |  | | | | 日期 |  | | |