

中关村肿瘤微创治疗产业技术创新战略联盟

〔2024〕01号

第十期全国肿瘤消融治疗技术高级培训班

2024年4月13日-14日

培训通知

肿瘤消融治疗相关医院、科室及医师同仁：

为推进**2022年版**国家卫生健康委《国家限制类技术临床应用管理规范》、《肿瘤消融治疗技术管理规范》、《肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标》（国卫办医发[2022]6号）（以下简称：《规范》）的有效实施，完善限制类肿瘤消融治疗技术病例信息注册登记工作，中关村肿瘤微创治疗产业技术创新战略联盟郑加生理事长作为《规范》制订的专家组组长联合北京医师协会介入放射学专科医师分会、北京首批肿瘤消融技术培训基地及本领域的全国权威专家，共同举办“第十期全国肿瘤消融治疗技术高级培训班”。本培训班旨在提高《规范》要求能够开展肿瘤消融治疗技术医师的临床应用能力，特别是提升基层医疗机构肿瘤消融治疗技术规范化应用和服务能力，加快推动肿瘤消融治疗在术前、术中、术后的技术监管、改进和升级；对于取得“肿瘤消融治疗技术培训合格证书”须在“合格证”有效期内从事肿瘤消融治疗技术，以确保我国肿瘤消融治疗技术规范化临床应用的医疗质量、医疗安全、规避从业人员法律风险、同质化医疗及国家卫生健康委限制类肿瘤消融治疗技术的实时质量控制与监管。

本次培训班针对临床已从事经皮（CT、MRI、US、DSA）、内镜（外科内镜、内镜）和开放手术引导下的肝癌、肺癌、肾癌、前列腺癌、甲状腺肿瘤、甲状旁腺肿瘤、乳腺肿瘤、骨与软组织肿瘤等射频消融、微波消融、冷冻消融、聚焦超声消融、激光消融、不可逆电穿孔消融等技术的高年（5年）主治医师及以上专业技术职称的医师；以及“肿瘤消融治疗技术培训合格证书”超过有效期的医师，特举办“第十期全国肿瘤消融治疗技术高



级培训班”，针对肿瘤消融治疗技术进行规范化、系统化培训，手术操作演示和《规范》解读。对参加培训考试通过的学员颁发“肿瘤消融治疗技术培训证书”；高年资主治医师及以上职称者，能够独立完成手术操作，并提供25个临床病例，经资质审核及考试合格的学员颁发“肿瘤消融治疗技术合格证书”（全国内可持证上岗）。欢迎广大医师参加经验交流和培训学习！

对参加培训经资质审核及考试合格的学员颁发“肿瘤消融治疗技术培训合格证书”；对不符合发放合格证资质审核的学员颁发“肿瘤消融治疗技术培训证书”。

欢迎广大医师参加培训！

中关村肿瘤微创治疗产业技术创新战略联盟



国家卫生健康委办公厅关于印发国家限制类技术目录和临床应用管理规范（2022年版）的通知

发布时间: 2022-04-30 来源: 医政医管局

打印 收藏

国卫办医发〔2022〕6号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步加强医疗技术临床应用事中事后监管，做好限制类技术临床应用管理，保障医疗质量和医疗安全，根据《医疗技术临床应用管理办法》，结合限制类技术临床应用实际情况，我委组织对2017年版国家限制类技术目录及临床应用管理规范进行修订，形成了《国家限制类技术目录（2022年版）》和《国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）》（可从国家卫生健康委网站下载），现印发给你们，请遵照执行。

《国家限制类技术目录（2022年版）》和《国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）》自发布之日起施行。《国家卫生健康委办公厅关于印发造血干细胞移植技术管理规范（2017年版）等15个“限制临床应用”医疗技术规范和质量控制指南的通知》（国卫办医发〔2017〕7号）和《国家卫生健康委办公厅关于印发体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用管理规范的通知》（国卫办医发〔2020〕763号）同时废止。

- 附件：1. 国家限制类技术目录（2022年版）
2. 国家限制类技术临床应用管理规范（2022年版）

国家卫生健康委办公厅
2022年3月30日

北京市卫生和计划生育委员会文件

京卫医〔2018〕39号

北京市卫生和计划生育委员会关于 确定肿瘤消融治疗技术培训基地的通知

各区卫生计生委、各三级医院：

依据国家卫生计生委办公厅《关于开展医疗技术临床应用事中事后监管政策试点工作的通知》（国卫办医函〔2016〕1101号）和《关于印发造血干细胞移植技术（2017年版）技术规范等15个“限制临床应用”医疗技术管理规范和质量控制指标的通知》（国卫办医发〔2017〕7号，以下简称《规范》），

- 1 -

我委委托北京市肿瘤质控中心组织专家开展了肿瘤消融治疗技术的培训基地认定工作。经审核研究，现就有关工作通知如下：

一、同意北京医院、中国医学科学院北京协和医院、中国医学科学院肿瘤医院、北京大学第一医院、北京大学人民医院、首都医科大学宣武医院、首都医科大学附属北京友谊医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、北京肿瘤医院、首都医科大学附属北京地坛医院、首都医科大学附属北京佑安医院、北京中医药大学东方医院担任肿瘤消融治疗技术培训基地。

二、已经完成备案程序、开展肿瘤消融治疗技术的医疗机构，要按照《规范》中技术管理等要求开展工作，主动与培训基地联系，及时将申请开展该项医疗技术但不符合《规范》中免于培训条件的医务人员纳入培训。

三、各培训基地要按照《规范》要求，统一制定培训教材和培训大纲，及时纳入申请培训的医师、保证其在规定时间内完成培训，并为每位接受培训的医师建立培训及考试、考核档案。

请各区卫生计生委将本文转发至辖区有关医疗机构。

北京市卫生和计划生育委员会

2018年2月23日

(联系人：王同国；联系电话：83970606)

北京市卫生计生委办公室

2018年2月23日印发

培训信息

一、主承办单位

主办单位：

中关村肿瘤微创治疗产业技术创新战略联盟

承办单位：

北京亦生中西医结合发展基金会

医宇纵横（北京）科技有限公司

二、时间形式

- 1、培训时间：2024 年 4 月 13-14 日共两日（注：请各位学员于 4 月 12 日晚到达培训地点附近）；
- 2、考试时间：2024 年 4 月 14 日 17:00-19:00；
- 3、培训形式：线下培训为期两天，培训结束后统一进行闭卷考试，学员需在规定时间内完成课程学习，并做好相应的学习记录；
- 4.线下培训地址：北京市大兴区荣华中路 20 号-丰大国际大酒店；
- 5.食宿费用说明：培训期间免费提供午餐（早晚餐及住宿费自理）；

三、培训对象

- 1、全国二级甲等以上医疗机构，肿瘤科、肝胆外科、胰腺外科、骨外科、胸外科、泌尿外科、甲状腺外科、内分泌科、介入科、超声科、影像科等科室，已从事肿瘤消融治疗技术的高年（5 年）主治医师及以上专业技术职称的医师，同时欢迎高年主治医师以下专业技术职称的医师前来参加培训学习。
- 2、已取得“肿瘤消融治疗技术培训合格证书”，并超过有效期的往期学员（有效期三年）。

四、发证要求

- 1、培训后对满足《规范》要求的高年（5 年）主治医师及以上专业技术职称的学员并提供独立操作 25 例病例资料，进行闭卷考试，考试合格者颁发“肿瘤消融治疗技术培训合格证书”。不符合其中任意条件的学员颁发“肿瘤消融治疗技术培训证书”。
- 2、提供独立操作 25 病例资料培训且成绩合格学员，一年内取得高年（5 年）主治医师专业技术职称并可将原先“肿瘤消融治疗技术培训证书”换成“肿瘤消融治疗技术培训合格证书”。

备注：

- 1、“肿瘤消融治疗技术培训合格证书”有效期为三年。
- 2、考试不合格者，可有一次补考机会。（备注：补考不合格者可免费参加一次当年培训）

五、材料提交

- 1、高年（5 年）主治医师及以上专业技术职称证明复印件（本人签字）。
- 2、提交《第十期全国肿瘤消融治疗技术高级培训班》（见附表），填写本人独立操作的 25 例肿瘤消融治疗手术病例基本信息（术者必须为学员本人），并加盖医院公章。
- 3、报名学员提交 25 例肿瘤消融治疗手术病例需按照填写的病历号提供相关证明材料（手术记录单照片，需显示术者姓名及手术内容）。
- 4、未满足高年（5 年）主治医师及以上专业技术职称或本人未能独立操作 25 例肿瘤消融治疗手术的学员，可不填写手术病例信息。
- 5、报名学员需在 H5 招生页面填写个人相关信息。
- 6、所有报名材料需扫描发送电子版至联盟邮箱：lmhy@camit.org.cn。（备注：lmhy 是“联盟会议”首字母缩写小写）
- 7、专业技术职称证明复印件及《第十期全国肿瘤消融治疗技术高级培训班申请表》需为纸质版加盖医院章并邮寄至主办方会务组。

8、邮寄信息：

地址：北京市经济技术开发区荣华南路 1 号院国锐广场 B 座 908 室

邮编：100176

收件人：房明 15801021567

六、收费标准

1、培训费：2800 元/人，统一开具发票。

2、汇款信息：

单位名称：中关村肿瘤微创治疗产业技术创新战略联盟

银行账号：0200 2260 0920 0117 556

开户银行：中国工商银行股份有限公司北京玉林支行

3、个人汇款备注：第十期培训班+学员姓名；

团体汇款备注：第十期培训班+联系人+缴费人数。

七、会务组联系方式

房明：15801021567

张献：18701233212

邮箱：lmhy@camit.org.cn。（备注：lmhy 是“联盟会议”首字母缩写小写）

通讯地址：北京市经济技术开发区荣华南路 1 号院国锐广场 B 座 908 室

第十期全国肿瘤消融治疗技术高级培训班申请表

单位名称				申请人		
详细地址				邮政编码		
职称		职务		专业		
所在科室		电话		邮箱		
单位类别	☐ 部属综合医院 ☐ 省级/教学医院 ☐ 地市级医院 ☐ 区县级医院 ☐ 军队系统 ☐ 专科医院					
医院级别	☐ 三甲 ☐ 三级 ☐ 二甲 ☐ 二级 ☐ 一级		医院性质: ☐ 非营利 ☐ 营利	本科高级职称人数: 院士: 博导: 硕导:		
本人所在科室	☐ 肝胆外科 ☐ 介入科 ☐ 胸外科 ☐ 肿瘤内科 ☐ 肿瘤外科 ☐ 甲状腺科 ☐ 超声科 ☐ 消化科 ☐ 泌尿外科 ☐ 普外科 ☐ 神经外科 ☐ 妇产科 ☐ 乳腺外科 ☐ 骨科 ☐ 头颈外科 ☐ _____					
从事消融	☐ 射频消融 ☐ 微波消融 ☐ 冷冻消融 ☐ 激光消融 ☐ 不可逆电穿孔 ☐ 聚焦超声					
引导方式:	☐ CT ☐ 超声 ☐ MRI ☐ DSA ☐ 腹腔镜 ☐ 术中直视下 ☐ 内科腔镜 ☐ 其他_____					
临床从事治疗病种	☐ 肝肿瘤 ☐ 肺肿瘤 ☐ 肾肿瘤 ☐ 甲状腺肿瘤 ☐ 胰腺肿瘤 ☐ 骨与软组织肿瘤 ☐ 前列腺癌 ☐ 乳腺肿瘤 ☐ 肾上腺肿瘤 ☐ 甲状旁腺肿瘤 ☐ 脑肿瘤 ☐ 纵隔肿瘤 ☐ 胆管癌 ☐ 淋巴转移瘤 ☐ 其他_____					
近5年肿瘤消融例数:		近1年消融例数:		在下表提供25例肿瘤消融病历信息(可加附表):		
编号	病例号	病种	引导方式及消融技术	完全消融	减瘤 减症	30天内严重并发症
1						
2						
3						

4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
本人承诺所提供的信息真实有效，并对材料内容负责，如有虚假，愿承担相关责任。 申请人签字： 年 月 日					该医生提供的信息真实可靠。 单位加盖公章： 年 月 日	

填表说明：

1. 本表作为肿瘤消融治疗技术培训合格证书发放的主要依据，纳入联盟档案，请如实填写。