

2023 年院感总结（汇编 8 篇）

2023 年院感总结 第 1 篇

上半年，医院院感科在院长和分管院长的领导及指导下，根据今年院感科的工作目标及计划，开展了以下工作：

一、加强医院感染病例上报工作

认真贯彻国家卫生部院内感染控制标准及有关规定，建立健全院内感染病例的发现、登记、报告、分析及反馈，发现院内感染病例，立即按规定程序上报，及时进行隔离治疗，采取相应的防范措施，对出院病例，院感科进行不定期抽查，上半年医院感染病例 13 例。

二、加强医疗器械消毒管理工作

严格遵照《医院消毒技术规范》，院感科每月对灭菌物品抽样做细菌培养，使无菌物品灭菌率达 101%。

三、加强抗生素合理应用

按照卫生部 抗菌药物专项整治的通知 精神，院感科每月对全院住院病人及出院病人抗菌药物使用进行跟踪、调查并及时汇总、上报、反馈，为抗菌药物的合理使用提供重要的依据。

四、加强病房消毒隔离工作

对病房空气、物体表面、消毒液、医务人员手定期进行监测并抽查，对吸氧装置、雾化吸入器等尽量采取使用一次性，做到一人一用一消毒。

五、加强手卫生

院感科每月对各科室手卫生执行情况进行抽查及对医务人员手卫生进行考核，各科护士长负责检查指导，真正切断经医务人员手传播疾病之途径。

六、加强重点科室规范管理

规范各科室的布局，清洁区、污染区、无菌区、标志清楚，分界明确，对重点科室的消毒隔离工作不定期督查，加强无菌观念意识，提高无菌操作技术，保证工作顺利进行，将医院感染隐患消灭在萌芽之中。

七、开展目标性监测

从1月起在外科开展Ⅰ类切口(甲状腺、疝气)的目标性监测，每月汇总分析，无1例Ⅰ类切口感染。八、加强医疗废物管理在垃圾的分类、收集、运送各个环节，严格按照医疗废物管理制度进行检查督导，实行严格交接，各环节登记、交接、签名明确，各科室均有弹簧称，每科交接时称重、登记，医疗垃圾专管人最后统计，各个环节专人负责，出现问题，追查责任，院感科不定期对垃圾暂贮地进行检查，保证了医用垃圾不流失。

八、加强对全院灭菌剂及消毒剂的监测

院感科每月对灭菌剂进行采样，每季度对消毒剂采样，合格率在101%十、上半年进行了全院性的院感知识培训一次，开院感质量分析会议一次，较圆满的完成了上半年的院感任务。

我院在上级卫生部门领导和关怀下，认真贯彻执行国家颁布的《中华人民共和国传染病防治法》、《医疗机构消毒技术规范》、《医疗废物管理办法》、《国家突发公共卫生事件医疗卫生救援应急预案》等有关法律法规，制定了相应的医院感染控制计划，并组织实施，使我院院感发生率控制在较好的范围，本年度未发生院内感染暴发流行。现将 20__年度院内感染工作总结如下：

1、完善管理体系，发挥体系作用

为进一步加强医院感染控制管理工作，明确责任，落实分工，今年重新调整充实了医院感染管理领导小组，由院长亲自负责，配备了专职预防保健人员，明确了医院感染管理职责。制定了各科院感管理制度。定期召开医院管理会议，及时发现医院在医疗活动中存在的医院感染问题，针对各部门的反馈意见，及时正确指导及处理。增强了医院感染管理工作的科学性、预见性，保障了医疗质量和医疗安全。

2、认真学习传染病的防治法，完善疫情报告制度

组织全院职工认真学习《中华人民共和国传染病防治法》，建立了完善了《传染病报告登记制度》、《传染病报告培训制度》、《传染病报告奖惩管理制度》切实履行法律赋予的责任。发现传染病病人，按照国务院卫生行政部门规定的时限及时进行电子网络报告。今年报告乙类传染病 3 例。

3、强化消毒、灭菌意识，保证消毒灭菌质量

组织全院临床医务人员 学习新的《医疗机构消毒技术规范》，严格执

行消毒、灭菌制度。各科室的注射、穿刺、采血器皿保证做到一人一用一消毒。对应用的一次性医疗器械用后立即销毁，并做详细记录，杜绝 2 次使用隐患，我院对所购消毒剂及一次性医疗器械进行了备案制度。科室所有的诊疗器皿，均标有明确的消毒更换日期和详细的记录。

全院严格执行紫外线消毒制度，对消毒时间、地点均有严格要求，并认真做好记录，对所有紫外线灯管每周进行擦拭消毒，即保证了灯管寿命又提高了消毒效果。及时更换紫外线灯管，坚决保证工作环境符合卫生要求。

我院供应室对蒸汽压力消毒锅的消毒进行严格效果监测，按消毒规范要求，对所有消毒物品，每天每次均做 b—d 试验，并做详细标记和记录，保证消毒灭菌质量，为临床提供了可靠安全的医疗保障。

4、加强医疗废物管理，提高院感质量

按照《医疗废物管理条例》要求，我院今年在环卫局的指导和帮助下对医疗废物用储备室进行了重新改造，使之达到环境保护的卫生要求。对全院的医疗、生活垃圾做到日产日清，各环节均有严格的交接，对所有医疗废物分类包装标识均有严格规章制度。重新设计了医疗废物回收登记本，利于回收存档。对医疗垃圾的外运数量，有详细的登记和严密的交接制度。责任明确，分工到人。并对全院职工进行了医疗废物处置的专业培训学习，使医疗废物的管理更符合实际，减少了污染和医务人员受伤害的机会，同时为防止疾病传播，保护人民健康而做出努力。

5、加强院内卫生环境管理，有效预防和控制医院感染

为提高医疗质量，保证医疗安全，使患者就诊建立一个良好的卫生环境，建立了严格的卫生检查制度，开展了每月一次卫生环境大扫除的工作。进行了大规模的灭蟑螂工作。改变了原来不良的用餐习惯。全体职工在食堂大厅就餐，餐后在食堂清洁间内清洗，杜绝了在科室就餐，污染科室卫生环境的问题。为提高卫生质量，院感领导小组对各科室仪容仪貌、科室卫生、消毒工作记录、消毒隔离、药品使用、医疗废物处理等方面做出了周检查、月检查、季检查的制度，促使院内感染管理达到一个较高的水平。

6、开展多种形式院感培训，提高医务人员院感意识

为强化医院感染控制意识，普及医院感染、消毒技术、传染病防治等相关法律法规知识，院感领导小组制定了详细的学习计划案安排，采取多种形式的感染知识培训，做到了集中学习，分组学习，学有记录、有笔记、有签到并进行现场提问和实际操作的考核，对全院临床医务人员进行院感知识试卷考核，考核成绩归入个人档案。

本年度，我们院感领导小组在院组织和全体职工的支持下，做出了一点成绩，但差距还很大，如对院内环境的监测，医务人员的手监测，抗生素使用调查等院感工作还未开展。我们决心在下一年度更好地开展医院院感工作。

2023 年院感总结 第 3 篇

我院的医院感染管理工作，为了适应综合发展需要，站在提高医疗护

理质量的高度，把医院感染管理工作列为医院总体管理的重要内容之一来抓，使医院感染管理工作与医院的快速业务发展相适应，整个医院感染管理工作初步进入了制度化，规范化管理。主要做了以下几方面工作：

一、安排了专职人员从事医院感染控制工作。

二、建立了规章制度。

三、加强了医院感染控制知识的教育学习，全院在职医务人员、新上岗人员进行常规的医院感染预防与控制知识学习，将医院感染控制质量纳入个人年终考核。

四、注射室由专人管理，定期更换消毒液，包括院内外和病房消毒等，

六、药品配制过程中严格无菌操作技术和规程，保障药品的安全使用。

我院因严格管理和操作，并严格按照规章制度要求进行医院感染的预防控制与管理，无医院感染不良事件的发生，由于医院感染的因素十分复杂，常常因小事酿成大错，最近西安交大附院发生新生儿医院感染死亡八例，每例赔偿十八万，还致使该院院长到医生护士 9 人受到处分。足以引起我们对医院感染管理的高度重视。

回顾过去，我院的医院感染管理工作虽然取得了一定的成绩，但这毕竟是过去。我们应清醒地认识到，基础设施落后与业务发展不相适应，职工对医院感染的意识还需进一步加强，医院感染的隐患在某些方面还相当严峻，医院感染预防控制已经进入法制化管理轨道。医院感染事件，特别是群体感染事件，酿成恶性医疗事故还时有发生。因此，进一步加强医院

感染管理，确保医疗安全，杜绝医疗纠纷，已经是势在必行。就我们医院的实际情况看来，目前医院感染管理方面应着重抓好以下工作：

- (1)、加强全体职工关于医院感染知识培训，强化责任意识
- (2)、规范医疗器械清洗和消毒管理
- (3)、进一步加强注射室、手术室、病房、药房等重点科室的.消毒管理
- (4)、加强医护人员的职业防护
- (5)、感染疾病科(包括发热、腹泻门诊)建设需进一步完善；
- (6)、规范医疗废物的存放，毁型、焚烧等处理。

总的看来我院的医院感染管理工作，由于全院职工的共同努力，没有一例差错事故的发生，但是目前某些方面的感染隐患还很严峻，我们坚信，只要我们统一认识，各尽其责，相互配合，先易后难，分步实施，切实采取有效的预防与控制措施，一定能把医院感染管理工作抓紧抓好。

2023 年院感总结 第 4 篇

20__年在中心领导的高度重视和正确领导下，在全体员工的大力协助、支持和配合下，根据院感工作的相关要求，做好环境卫生，消毒灭菌效果，手卫生消毒，加强对医疗废物和废水的管理及医院感染知识培训。重点工作是加强手卫生宣传及重点科室的管理，不断加强重点环节质量控制和持续质量改进，从而有效地预防和控制医院感染的发生，全年无医院感染及传染病爆发事件。20__年院感工作如下：

一、教育培训

1、 组织两次医院感染相关知识宣传培训。

2、 组织全院工作人员参加院感相关知识考试及 7 步洗手法操作考试各一次。

3、 指导相关人员做好消毒隔离工作。各执行人要求明确消毒、灭菌剂的浓度、配置方法、更换时间。

二、落实台账登记与消毒隔离制度，做好消毒灭菌效果监测

1、 各科使用的消毒液根据性能按时更换，器械按规定及时消毒灭菌，合格率达到 101%，并及时记录。

2、 定期检查各类消毒物品是否过期，紫外线灯管擦洗与登记。

三、严格医疗废物分类、收集、运送、储存、外运管理，杜绝泄漏事件

1、 做到生活垃圾与医疗垃圾分类防渗放置。

2、 医疗废物按要求分类放置，密闭，包装袋有标识，出科有登记，回收有签字。

3、 医务站填写医疗废物转移单，并保存存根备查。

4、 垃圾房做好垃圾房防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗等安全措施。

四、加强重点科室消毒管理工作

1、 化验室：督促化验室人员静脉采血无菌操作，做到一人一针一管一带一洗手，做好消毒隔离台账。

2、 换药室、门诊室：做好中心服务站消毒物品消毒工作，与中心意思共同做好紫外线消毒、体温计消毒、换药室卫生工作。指导服务站医生做好服务站消毒隔离工作，并做好台账记录。

3、 输液室：与护士共同做好湿化瓶压脉带等每天按规定要求消毒更换，保证一人一针一管一用，灭菌物品经打开使用时间不得超过 24 小时，注明开启时间下班后做好紫外线灯消毒工作，并做好各类台账记录。

五、加强职业防护，防止锐器伤

1、 加强个人防护意识，在输液室、化验室、换药室放置锐器盒。

2、 及时处理被污染的锐器。

3、 锐器盒及时处理。

虽然本年度，我院院感工作有了很大的进展，但还是有很多不足之处：

1、 医护人员无菌操作意识有待加强。

2、 无菌物品消毒最好选用一次性。

3、 服务站体温计消毒执行情况有待加强。

4、 全院工作人员院感意识有待加强。

希望在 20__年我院院感工作有一个新的突破。

2023 年院感总结 第 5 篇

本年度，在医院领导的正确领导和大力支持下，认真贯彻落实卫生部颁布的《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关医院管理的法律法规，强化环节质量管理及全院医院感

严格质量监测及考核，降低了医院感染发病率，保证了医疗安全，全年 1—12 月份感染办共监测出院病人 14501 例，96 人发生医院感染，医院感染率为%。器械消毒合格率 101%，抗生素使用率 60%，无菌切口感染率 0，有效的控制了院内感染，确保了医疗安全。现全年工作总结如下：

一、健全组织，完善管理

为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，充实了感染管理委员会及感染监控小组成员，成立了感染质量检查小组，负责每月的感染质量大检查，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人，每周在院周会上及每月的质量控制反馈会上通报一次感染管理工作存在问题，各科感控组长负责整改，逐步落实各项工作，使院感工作得到持续改进。

二、加强质量管理，确保医疗安全

(一) 质量控制：

每月进行一次大检查，每周随即检查，系统调查收集、整理、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、整理，有效的 '预防和控制医院感染，全年编写医院感染信息两期。向全院医务人员及时通报医院感染动态，医院环境卫生学监测情况，医院感染发病率及漏报率，对存在的问题，进行原因分析、总结，提出改进措施，并向全院通报。

(二) 环节质量控制

1、加强重点部门的医院感染管理：手术室、供应室、产房、新生儿

检查，做到日有安排，周有重点，专项专管，制定各重点科室感染质量检查标准，按照医院感染质量检查标准对手术室重点检查手术后各类器械清洗、消毒及室内消毒效果监测，对新生儿科督查环境管理，工作人员管理，各种物品的消毒等，降低医院感染发生率。对供应室重点督查器械的清洗、干燥、包装、灭菌程序及灭菌器械的合格率，灭菌器的监测等。对产房重点检查医疗废物的处理，各类器械的用后清洗、消毒及个人防护。口腔科的车针、手机、扩大针等供应室回收处理、制作成纸塑包装等等，使各重点部门感染管理制度落到实处。

2、强化卫生洗手：手部清洁与人的健康密切相关，手上携带的致病菌不仅潜在威胁着医务人员及家人的健康，而且通过各种操作极易传染给病人，为此为医务人员提供洗手设施及洗手液、快速手消毒液等，大大提高了洗手质量，减少了院内感染。

三、加强医院感染监测及监管，提供安全的医疗环境

1、采集临床感染病历，统计每月医院感染发生率，感染部位及病原菌检测情况，分析医院感染危险因素，提出防控措施。

2、每月进行环境卫生学监测：监测对象以重点部门为主，每月对重点部门的空气进行监测，每季度对物体表面、工作人员的手进行监测，并将监测结果进行汇总分析，通过院通讯反馈给各科室。医院环境卫生学监测情况：共监测空气、物体表面、医务人员手表面情况共 127 份，合格数

份，不合格 8 份，合格率 94%。其中空气 93 份，合格数 85 份，合格率 91%。物体表面 12 份，合格 12 份，合格率 101%。医务人员手表面 14 份，采集的对象主要是医生、护士、实习生、进修人员，合格数 14 份，合格率 101%。消毒液 8 份，合格 8 份，合格率 101%。监测血透中心使用中的透析液、反渗水共 2 份，合格 2 份，合格率为 101%。

3、紫外线强度监测：对新购进紫外线灯管每批次进行抽检，对全院各临床科室、医技科室、门诊等使用中的紫外线灯管强度进行监测，共监测灯管 16 支，合格 16 支，合格率 101%。循环风消毒机 32 台，每月检查过滤网的清洗，每半年统一换一次灯管，消毒效果均达标。

4、对购入的消毒药械，一次性使用医疗卫生用品进行监督管理，审核产品的相关证件。

5、本年 5 月份感染办开展了住院病人现患率调查，调查前对 14 名参加现患率调查的监控人员进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表的填写，医院感染诊断标准等知识培训。顺利的完成了调查。调查结果：无医院感染发生。

6、对医务人员职业暴露进行了监测：严格要求医务人员执行标准预防措施，尽量避免职业暴露，并对职业暴露进行监测登记。

7、开展了多重耐药菌的监测：对全院医务人员进行多重耐药菌知识的培训，每周不定时了解致病菌检测结果，如发现多重耐药菌感染，查明所住科室，通知科室主任、护士长并签名，要求采取隔离措施，加强工作

四、沉着积极应对突发事件

加强 AFP及麻疹的预防和控制,针对我区和我县相继出现的 AFP及麻疹等疫情,我科每天下病房、门诊进行督导,及时发现消毒、灭菌、隔离等方面存在的问题,及时纠正整改,同时加强医疗废物分类和收集处理,严防因管理不善引起的感染暴发,确保了儿童的身体健康和生命安全。

五、实行规范化,流程化管理

编制医院感染控制各种流程,如洗手流程、医疗废物处理流程、职业暴露处理流程、医院感染暴发处理流程、医院突发公共卫生事件处理流程,以及各种诊疗操作流程等,并组织学习,使工作人员工作流程化,便于操作,便于记忆。

六、加强医疗废物的管理

对医疗废物暂存处进行了整修,完善各项规章制度,专人回收,登记。对医务人员及保洁人员进行医疗废物管理知识培训,使工作人员提高了认识,落实了各类人员职责,使医疗废物分类、收集、储存、交接等做到规范化管理。

七、加强宣传和培训,提高医务人员感染意识

元月份:对全院医务人员 131 人、外科全体人员 21 人、外科重症监护病房 16 人、保洁人员 24 人进行了“医院感染相关知识、外科手术部位感染监测方案、ICU医院感染目标性监测、医疗废物管理”等的培训,并

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/038001020047006075>