

## 检验科重点环节、重点人群与高危因素风险感染监测与防控

### 重点环节、重点人群、高危险因素的管理监测计划与措施

监测计划	采取措施
1、提高手卫生的依从性	1、科内对手卫生落实情况进行检查（洗手液、快速手消毒、干手设施）
	2、科室内部指定专人考核
	3、宣传手卫生相关知识、制度、措施
	4、每季度进行手卫生督查及整改，并在通报中反馈。
2、加强多重耐药菌（MDRO）医院感染控制	1、科内举办多重耐药菌防控知识培训
	2、加强多重耐药菌筛查，预防与控制耐药菌
	3、评价多重耐药菌感染患者的抗菌药物使用合理性
	4、每月进行自评、整改
3、控制导管相关血流感染预防控制措施（CRBSI）	1、执行导管相关血流感染预防控制措施
	2、科室学习、培训、考核相关知识
	3、每天评估中心静脉导管拔管指征
	4、每季度对临床科室进行督查及反馈
4、控制呼吸机相关性肺炎（VAP）	1、执行呼吸机相关性感染预防控制措施
	2、科室学习、培训、考核相关知识
	3、每天评估呼吸机撤机指征
	4、每季度对临床科室进行督查及反馈
5、控制导尿管相关尿路感染（UII）	1、执行导尿管相关感染的预防控制措施
	2、科室学习、培训、考核相关知识
	3、每天评估导尿管拔管指征
	4、每季度对临床科室实施情况进行督查及反馈
6、控制手术部位感染（SSI）	1、落实手术部位相关感染预防控制措施
	2、科室学习、培训、考核相关知识
	3、做好术前皮肤准备（淋浴、去除毛发等）、血糖控制、肠道准备等
	4、每季度对临床科室实施情况进行督查及反馈
7、规范处置医疗废物	1、每月科室必须自查符合规范要求
	2、每周星期三接受院感科检查，加强整改
	3、科室加强培训，持续质量改进
8、开展 1 类切口相关感染监测	1、1 类切口的目标性监测，每季度总结与反馈
	2、相关科室外科医生填写《手术部位感染监测登记表》
	3、查看术前、术中各环节规范执行情况，观察术后换药操作等，及时反馈

	4、按院感科监测与反馈信息，加强整改
9、提高病原学送检率	1、自评本科室使用抗菌药物病原学送检情况，督促达标
	2、了解本科室前五位病原菌
	3、加强院感相关知识的培训及宣教
	4、在科会上反馈，通报检查结果，持续质量改进
10、规范一次性无菌物品的使用，降低感染风险	1、严格执行验证、审核流程；
	2、每月自查一次性无菌物品的使用情况，是否规范
	3、库房环境清洁、阴凉、干燥、通风，物品置于物架上，离地 $\geq 20\text{cm}$ ，离墙 $\geq 5\text{cm}$ ，离天花板 $\geq 50\text{cm}$ 。
	4、小包装存于科室无菌柜中，在有效期内使用
11、降低医院感染暴发的风险	1、制定我院医院感染暴发的应急预案及上报流程
	2、我院及科室的医院感染暴发的应急演练，提高应对风险的管理措施
	3、加强院感相关知识的培训及宣教、开展多形式培训
	4、增加对科室的考核记录，并书面反馈存在的问题、提出整改
12、降低血液净化感染率	1、每月督查专科管理情况
	2、每月环境卫生学检查内容及时反馈、预防感染风险
	3、对院感小组人员、专职人员培训，加强管理
	4、每季度汇总监测资料、反馈、总结情况、督导持续整改
13、降低医务人员职业暴露的发生率	1、按全院职业防护的管理制度具体实施
	2、职业防护的知识培训及宣教、不定期考核相关人员
	3、备齐各类防护用品，定期检查是否齐全
	4、出现职业暴露时及时上报、填表及处理
14、降低环境卫生学监测的风险因素	1、按院感要求，执行监测项目、监测频率
	2、对采样的监测结果，分析原因，加强整改
	3 发生医院感染暴发与环境微生物学相关时，应及时采样
	4、按院感科监测与反馈信息，加强整改
15、规范无菌技术操作	1、严格执行无菌技术操作及监督无菌技术操作的执行；
	2、定期进行理论及技能考核
	3、加强培训，持续质量改进
16、消毒隔离制度的落实	1、感染监控护士，检查督促消毒隔离工作；
	2、消毒隔离管理严格参照卫生部《医院感染规范》及本规范有关科室管理条文执行；
	3、进行预防、控制医院内感染有关知识的培训。

# 微生物室重点环节、重点人群、高危因素评估单

目标评估	存在风险	风险评估
<p style="text-align: center;"><b>重点环节</b></p> <p style="text-align: center;">(感染源、感染途径及易感人群)</p>	<p>患者、医务人员、医疗器械、医院环境、药物、探视者、陪护者、感染源不明</p> <hr/> <p>呼吸道、消化道、接触传播、血液体液、医疗器械（侵入性操作）等</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1、建筑布局流程不合理、分区不明确、标识不明显</li> <li>2、设备、设施配备不到位（根据微生物危险度等级配备生物安全柜和个人防护装备</li> <li>3、实验室人员缺乏生物安全知识、未接受相关法规制度培训，未实行制度</li> <li>4、未制定《实验室生物安全手册》，制度不健全</li> <li>5、手卫生不规范</li> <li>6、职业防护不到位</li> <li>7、消毒药械及一次性使用医疗用品管理不规范</li> <li>8、无菌技术操作不规范</li> <li>9、消毒隔离制度落实不到位</li> <li>10、参观、学习、工作人员进入实验室控制区未遵守实验室生物安全管理的审批制度</li> <li>11、压力蒸汽灭菌器未按规范要求对菌种、培养皿等物品设定不同的灭菌参数</li> <li>12、空气消毒机、紫外线消毒设备未定期维护与监测，对各通风滤网未保洁</li> <li>13、未定期对环境卫生学、灭菌器及使用中消毒剂进行监测</li> <li>14、员工健康管理不到位：每年未不定期体检</li> <li>15、室内基建/装修</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>高危因素</b></p> <p style="text-align: center;">(微生物、病人的易感性、环境因素、细菌的耐药性)</p>	<p>中心静脉插管、泌尿道插管、使用呼吸机、气管插管、气管切开、使用肾上腺皮质激素、放射治疗、抗肿瘤治疗、免疫抑制剂</p> <p>建筑流程不合理</p> <p>有耐药菌定植或感染</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1、室内通风、温度、湿度难以达到</li> <li>2、标准预防不到位</li> <li>3、环境清洁和消毒措施不到位</li> <li>4、未执行操作规程</li> <li>5、标本储存、转运、收集、处理和处置危险物未达到生物学安全要求</li> <li>6、生物安全柜及其他相关设备未定期维护与检修，以致病微生物污染环境</li> <li>7、医疗废物管理不规范</li> <li>8、医院污水处理系统运行防控不到位</li> </ol>



降低医院感染风险的措施表（一季度）

危险因素	感染风险	防控措施

## 检验科重点环节、重点人群、高危因素的风险管理措施（一季度）

监测目标	监测计划	采取措施	是否落实
降低医院感染暴发的风险	1、制定应急方案及处置流程； 2、进行院感暴发的知识培训及演练。	1、进行医院感染暴发的应急演练，提高应对风险的管理措施；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、加强院感相关知识的培训及宣教、开展多形式培训；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、增加对科室的考核记录，并书面反馈存在问题、提出整改。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
规范一次性无菌物品的使用	1、严格执行验证、审核流程； 2、规范一次性物品的使用。	1、每月自查一次性无菌物品的使用情况是否规范；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、无菌物品存放间环境清洁、阴凉、干燥、通风，物品置于物架上，离地 $\geq 20\text{cm}$ ，离墙 $\geq 5\text{cm}$ ，离天花板 $\geq 50\text{cm}$ 。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
降低医务人员针刺伤等职业暴露	1、定期考核医务人员职业防护知识； 2、防护用具的配备。	1、加强职业防护的知识培训及宣教、不定期考核；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、备齐各类防护用品；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、出现职业暴露时及时上报、填表及处理。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
规范医疗废物分类	1、规范医疗废物分类； 2、不定期检查医疗废物分类情况。	1、科室每月自查符合规范要求；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、接受院感科不定期检查，加强整改；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、加强培训，持续质量改进。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
提高手卫生依从性	不定期考核手卫生执行情况。	1、检查手卫生落实情况（洗手液、消毒液、快速手消毒及干手设施等）；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、专人考核执行情况；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、宣传手卫生相关知识、制度、措施；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		4、每月进行手卫生监测并反馈。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
环境卫生学、消毒灭菌效果监测	各环节进行生物监测。	1、按院感科要求，进行监测项目、监测频次；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、对采样的监测结果，分析原因，加强整改；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、发生医院感染暴发与环境卫生学相关时，应及时采样。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

规范无菌 技术操作	定期考核。	1、严格执行无菌技术操作及监督无菌技术操作的执行；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、定期进行理论及技能考核；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、加强培训，持续质量改进。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
消毒隔离 制度的落 实	1、不定期检查消毒隔离制度落实； 2、进行相关知识的培训。	1、科主任，检查督促消毒隔离工作；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、消毒隔离管理严格参照卫生部《医院感染规范》及本规范有关科室管理条文执行；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、进行预防、控制医院内感染有关知识的培训。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
加强多重 耐药菌医 院感染控 制	尽早发现多重耐药菌株，减少耐药菌株在医院内扩散，掌握耐药谱，做好防护措施，减少交叉感染，控制耐药菌株的流行。	1、科内举办多重耐药菌防控知识培训	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、加强多重耐药菌定植菌筛查，预防与控制临床耐药菌	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、评价多重耐药菌感染患者的抗菌药物使用合理性	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		每月进行自评、整改	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
血源性病 原体暴露	艾滋病、乙肝、丙肝等经血液传播的传染病。	1、认真落实检验科消毒隔离制度。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、按全院职业防护的管理制度具体实施	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、职业防护的知识培训及宣教、不定期考核相关人员	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		4、备齐各类防护用品，定期检查是否齐全	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		5、出现职业暴露时及时上报、填表及处理	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

医院感染风险评估与控制改进记录表  
(一季度)

1、存在问题：

2、原因分析：

3、改进措施：

4、改进效果与评价： 改进      部分改进      未改进

5、持续改进计划：

科室负责人签名：



降低医院感染风险的措施表（二季度）

危险因素	感染风险	防控措施

## 检验科重点环节、重点人群、高危因素的风险管理措施（二季度）

监测目标	监测计划	采取措施	是否落实
降低医院感染暴发的风险	1、制定应急方案及处置流程； 2、进行院感暴发的知识培训及演练。	1、进行医院感染暴发的应急演练，提高应对风险的管理措施；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、加强院感相关知识的培训及宣教、开展多形式培训；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、增加对科室的考核记录，并书面反馈存在问题、提出整改。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
规范一次性无菌物品的使用	1、严格执行验证、审核流程； 2、规范一次性物品的使用。	1、每月自查一次性无菌物品的使用情况是否规范；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、无菌物品存放间环境清洁、阴凉、干燥、通风，物品置于物架上，离地 $\geq 20\text{cm}$ ，离墙 $\geq 5\text{cm}$ ，离天花板 $\geq 50\text{cm}$ 。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
降低医务人员针刺伤等职业暴露	1、定期考核医务人员职业防护知识； 2、防护用具的配备。	1、加强职业防护的知识培训及宣教、不定期考核；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、备齐各类防护用品；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、出现职业暴露时及时上报、填表及处理。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
规范医疗废物分类	1、规范医疗废物分类； 2、不定期检查医疗废物分类情况。	1、科室每月自查符合规范要求；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、接受院感科不定期检查，加强整改；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、加强培训，持续质量改进。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
提高手卫生依从性	不定期考核手卫生执行情况。	1、检查手卫生落实情况（洗手液、消毒液、快速手消毒及干手设施等）；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、专人考核执行情况；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、宣传手卫生相关知识、制度、措施；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		4、每月进行手卫生监测并反馈。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
环境卫生学、消毒灭菌效果监测	各环节进行生物监测。	1、按院感科要求，进行监测项目、监测频次；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		2、对采样的监测结果，分析原因，加强整改；	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
		3、发生医院感染暴发与环境卫生学相关时，应及时采样。	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

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/057130150066006041>