

院感工作自查报告（共 15 篇）

第 1 篇：院感工作自查报告

内儿科院感工作自查报告

在院领导的重视和关心下及院感管理委员会的领导下，我科取得了一定的成绩。为了更好的搞好科内感染今后的管理工作，现将我科本年度院内感染控制工作自查报告如下：

一：抓好日常工作对本科的院内感染控制工作进行督促、检查，并向医院感染管理委员会汇报。

二：在消毒液更换及器械浸泡检查中，除偶有漏记录或记录不全外，器械浸泡及消毒液的配制、更换时间不符合要求，立即进行改正。

三：科室护理人员的手表面、物表面、空气、消毒剂、紫外线的强度、高压灭菌包等的监测，检验科王勇进行采样测试，合格率达 100%。

四：科人员院感知识培训，增强全科医护人员控制院内感染意识。

五：垃圾严格分类，每日封好并贴医疗垃圾标签由专人回收管理。

六：棉签、消毒液开启后及时写明开启日期。手卫生依从性有了很大的提高，每月及时更换病房门口的手消毒液。

七：每月向院感办交科室抗生素应用情况。

但由于我科感染控制工作是一个持续改进行的工作，还存在有很多不足的地方，在今后的的工作中我们内儿科将会不断吸取经验、虚心学习，力争把科内感染控制工作做得更好。

2021 年 1 月 05 日

第 2 篇：院感自查报告

河北省内丘县人民医院

内二科医院感染管理自查报告

为全面加强内二科医院感染管理工作，规范医疗护理行为，排查医院感染隐患，保障医疗质量与安全。按照医院《医院感染管理整顿月活动实施方案》要求，我科张世贵主任亲自组织，对科室医院感染管理进行了全面的自查。

通过自查，发现我科存在的问题主要有以下几点：

1、科室人员对院感防控重视不够，科内院感知识培训与院感质控活动未严格落实。

2、医护人员执行手卫生依从性差，诊疗不同病人前后不能严格按照规定洗手或手消毒。

3、医疗废物处理不规范，药品玻璃安剖未按要求放入利器盒。

4、职业卫生安全防护措施落实不到位。

5、个别医院感染病例与传染病上报不及时。

针对以上问题，我科组织全科人员认真讨论，提出了以下整改措施：

1、加强科室院感质控小组活动

张世贵主任任科室院感管理小组组长，护士长王振刚任副组长，质控医师高军芳副主任医师，质控护士石晔然护师，明确职责。按医院要求开展医院感染知识培训和科室院感质控活动，指导和监督本科室人员贯彻和落实医院感染管理的各项规章制度，严格执行有关技术操作规范和行业标准，有效预防和控制医院感染。培训内容主要有：手卫生规范、消毒技术规范、合理应用抗生素、医疗废物处理、多重耐药菌医院感染预防与控制等。

2、完善医院感染管理规章制度

制定符合本科实际的医院感染管理制度和工作流程，做到切实可行。内容包括：清洁消毒与灭菌、手卫生、医院感染预防与控制措施、医院感染报告、医务人员职业卫生安全防护、医疗废物管理等。

3、强化医院感染预防与控制基础管理

（1）培训医务人员手卫生规范，提高医务人员手卫生依从性和正确率，掌握手卫生的指征，特别是在诊断、治疗、护理等操作前后严格实施手卫生。

（2）使用后的锐器（针头、刀片、药品玻璃安剖）应当立即弃于利器盒内。严禁用手接触使用后的针头、刀片等锐器，落实防止锐器伤的各项措施。发生锐器伤职业暴露后应按规范立即处理。

（3）医务人员应当按照《医院感染诊断标准（试行）》掌握医院感染诊断标准。对于诊断明确的医院感染病例应于 24 小时内通过内网院感报告系统上报；如发生 3 例以上医院感染暴发或 5 例以上疑似医院感染暴发时，立即向院感科报

告。

(4) 严格掌握抗菌药物临床应用的基本原则，合理使用抗菌药物。规范抗菌药物的种类、剂量、给药时间和途径。

(5) 医护人员诊疗操作时应严格遵守无菌操作原则。

4、加强重点环节的管理

对下呼吸道、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染制定具体预防控制措施并实施。

5、加强多重耐药菌医院感染预防与控制

加强科室微生物标本的正确采集及提高无菌标本的送检率，认真落实抗菌药物临床合理使用的有关规定。加强清洁、消毒灭菌、隔离和医务人员手卫生工作。

6、进一步加强医疗废物的管理

严格按照《医疗废物管理条例》和《医疗机构医疗废物管理办法》要求，认真做好医疗废物的分类、收集、交接登记等处置工作。

2021 年 6 月 2 日

第 3 篇：上半年院感工作自查报告

西吉县中医院 2021 年上半年院感工作自查报告

6 月 27 日我院组织相关人员对医院各项工作进行了认真的自查，现总结报告如下：

一、我院加强了组织领导，进一步贯彻落实《医院感染管理办法》及有关医院感染管理的标准、规范。

我院成立了以主管院长为首的医院感染管理委员会，完善了医院感染三级管理体系，制订了各层级院感监控人员的岗位职责，责任明确。院感科负责全院的感控工作，并及时对科室相关工作予以正确指导，认真抓好感控日常工作。定期或不定期组织对各科室的感控工作进行督促检查，对全院的相关数据进行收集、统计、分析。强调各科室感控小组的职责，定期检查相关制度、规范的落实情况，使各科室对感控工作重要性的认识逐步增强。

二、根据医院感染管理要求，做好感染监控工作。

1、加强医院环境微生物监测工作。每季度进行空气、物表、医护手、使用中

的消毒液进行细菌菌落数及致病菌的监测，对不达标的项目进行分析总结，纠正日常清洁消毒环节存在的问题，重新制定流程，保证科室治疗、住院的环境安全。

2、加强手术室、产房、人流室、胃镜室等重点部门对消毒隔离制度及无菌操作技术的学习，严格遵守消毒隔离和无菌技术规程。紫外线灯消毒登记具体到每一支灯管，准确登记消毒时数、更换时间、每周酒精擦拭时间，每半年测试紫外线灯管的照射强度，保证消毒的有效性。空气消毒机详细登记运行时间，保持表面清洁，并对每次灭菌进行物理及化学监测并记录。

3、对于医院感染病例或疑似病例，要求科室院感监控医生在 24 小时内上报并填写报表，组织进行诊断、分析，对导致院感发生的环节予纠正改善，持续改进。院感组成员定期到科室、病案室查阅病历，临床查看病人，及时发现院内感染病例及流行趋势并指导临床感控工作。

4、我院消毒供应室将逐步完善临床手术科室医疗器械集中清洗、消毒、灭菌工作，保证手术器械使用的安全可靠。

三、结合抗菌药物专项治理工作及“三好一满意”活动，加强与医务科、药剂科的合作，对抗菌药物的使用严格管理，医务科按照《抗菌药物临床应用专项整治活动工作方案》对医务人员进行全员培训，医务科干事每月调取门诊处方、住院病历详细了解院内抗菌药物应用情况，对不合理的用药、不合理的处方予以警示、处罚，使院内抗菌药物的使用情况较前改进，抗菌药物使用率、使用强度明显下降，

四、加强对消毒药械、一次性无菌物品的管理。医院库房严格检查购入产品的证件是否齐全，包装及质量是否过关，首先把好医院的消毒药械及一次性无菌物品的进入关口，购进后对相关物品按照要求进行贮存管理。院感科每月到库房对消毒药械、一次性无菌物品的三证进行查验，对过期、即将过期的、证件缺失的产品进行登记，交代库房同事及时要求供货方提供有效证件，严格防止将不合格的消毒产品、一次性无菌物品使用到病人身上，保证医疗安全。

五、加强医院感染管理知识培训，提高医务人员院感意识，从而使临床医务人员自发参与到院感管理工作中。对临床医生、护士、保洁人员等不同工种进行不同层次、不同内容的培训，使每个人了解自己必须掌握的重点内容。积极派出人员参加上级组织的医院感染管理知识培训班，及时了解新知识、新信息，促进

本院的医院感染管理工作的提升。

六、认真落实《医疗废物管理条例》，明确各类人员职责，加强医疗废物的管理并定期进行督促检查，要求各科室严格按照医疗废物分类目录进行收集、归类，严禁医疗垃圾与生活垃圾混放。医疗废物专人回收交接、运送至暂存点，避免造成泄漏、流失等不良情况。

七、对医院临床各科室的手卫生设施进行了完善，部分科室安装了干手机洗手装置等，并将对全院各科室进行规范化装置改造。对各科室医务人员手卫生知识进行定期培训与考核，从而提高临床医务人员手卫生的依从性。

八、加强医务人员职业暴露的管理，保障员工安全。强化医务人员职业暴露知识的培训，规范锐器的处置流程，要求每人掌握锐器伤

后的处理流程，尽量减少职业暴露造成的危害。对已发生职业暴露的人员按暴露源的种类进行追踪监测及指导，保证医务人员的安全。 我院今年虽然在医院感染管理工作上做了一些实事，但是仍然存在一些问题，如：部门医务人员医院感染意识仍有待加强，相关知识仍有所欠缺，手卫生执行力度需进一步提升，部分医务人员对职业暴露后的处理流程掌握不够，消毒隔离措施方面有些细节仍需加强；还未能开展多重耐药菌的监测，临床检验科建设必须提高以更好地服务临床、配合感控工作；重点部门（手术室、产房等）的布局与流程有待进一步规范。医院污水处理系统的管理还需加强等。针对目前存在的不足，基本对策有：

1、继续加强我院感染管理的组织领导，不断强化医务人员对医院感染管理与控制工作重要性的认识，加大物质投入和监督指导力度，强调全员参与、全程控制和全要素管理。

2、加强和规范我院感染日常监测工作，在进行全面综合监测的基础上，结合医院实际开展目标性监测。

3、进一步加强医院感染管理相关知识的培训，在强化基础感控知识和感控法律法规的基础上，及时传达新信息、新观念，逐步提高医务人员对感控工作的重视程度。

4、在原有建筑布局无法改变的情况下，尽量规范人员操作流程使之符合要求，避免造成交叉感染。

在医院领导的大力支持下，在创甲专家的耐心指导下，在上级主管部门的正

确督导下，相信我院的医院感染管理工作会越来越规范，发挥其重要作用。

西吉县中医院医院感染管理科

2021 年 6 月 20 日

第 4 篇：医院院感工作自查报告

那良中心卫生院 2021 年院感工作自查报告

根据上级下发的《关于开展医院感染管理专项检查的通知》有关内容，我院组织人员对上述各项工作进行了认真的自查，现总结报告如下：

一、加强组织领导，进一步贯彻落实《医院感染管理办法》及有关医院感染管理的标准、规范。

我院成立了以院长为组长的医院感染管理委员会，完善了医院感染管理体系，制订了各层级院感监控人员的岗位职责，责任明确。院感科负责全院的感控工作，并及时对科室相关工作予以正确指导，认真抓好感控日常工作。定期或不定期组织对各科室的感控工作进行督促检查，强调各科室感控小组的职责，加强对感控小组成员的培训，定期检查相关制度、规范的落实情况，使各科室对感控工作重要性的认识逐步增强。

二、根据医院感染管理要求，做好感染监控工作。

1、加强对消毒隔离制度及无菌操作技术的学习，严格遵守消毒隔离和无菌技术规程。紫外线灯消毒登记具体到每一支灯管，准确登记消毒时数、更换时间、每周 95%酒精擦拭时间，每半年测试紫外线灯管的照射强度，保证消毒的有效性，并作好详细记录。

三、结合抗菌药物专项治理工作及“三好一满意”活动，加强科室间的合作及抗菌药物的使用管理，按照《抗菌药物临床应用专项整治活动工作方案》对医务人员进行全员培训，由黄居斌副院长每月调取门诊处方、住院病历详细了解院内抗菌药物应用情况，对不合理的用药、不合理的处方予以警示、处罚。

四、加强对消毒药械、一次性无菌物品的管理。库房严格检查购入产品的证件是否齐全，包装及质量是否过关，把好关口，购进后对相关物品按照要求进行贮存管理。严格防止将不合格的消毒产品、一次性无菌物品使用到病人身上，保证医疗安全。

五、加强医院感染管理知识培训，提高医务人员院感意识，从而使临床医务人员自发参与到院感管理工作中。对临床医生、护士进行不同层次、不同内容的培训，使每个人了解自己必须掌握的重点内容。

六、认真落实《医疗废物管理条例》，明确各类人员职责，加强医疗废物的管理并定期进行督促检查。要求各科室严格按照医疗废物分类目录进行收集、归类，严禁医疗垃圾与生活垃圾混放。医疗废物专人回收交接、运送至暂存点，避免造成泄漏、流失等不良情况。

七、加强医务人员职业暴露的管理，保障员工安全。强化医务人员职业暴露知识的培训，规范锐器的处置流程，要求每人掌握锐器伤后的处理流程，尽量减少职业暴露造成的危害。对已发生职业暴露的人员按暴露源的种类进行追踪监测及指导，保证医务人员的安全。

八、存在的问题

部门医务人员医院感染意识仍有待加强，相关知识仍有所欠缺，手卫生执行力度需进一步提升，部分医务人员对职业暴露后的处理流程掌握不够，消毒隔离措施方面有些细节仍需加强；还未能开展细菌的培养与监测以及院感病例或疑似病例的监管；未设有医疗废物焚烧炉，重点部门的布局与流程有待进一步规范。医院污水处理系统的管理还需加强等。

九 整改措施

- 1 按计划对医务人员进行院感知识的培训，熟悉掌握职业暴露后的处理流程。
- 2 派人到上级医院进修，争取把必要的未能开展的培养及监测开展起来。
- 3 申请设置医疗废物焚烧炉。
- 4 加强医院污水处理系统的管理。

那良中心卫生院感控管理科

二〇一三年四月十一日

第5篇：医院院感工作自查报告

医院院感工作自查报告

根据上级下发的《关于开展医院感染管理专项检查的通知》有关内容，我院组织人员对上述各项工作进行了认真的自查，现总结报告如下：

一、加强组织领导，进一步贯彻落实《医院感染管理办法》及有关医院感染

管理的标准、规范。

我院成立了以院长为组长的医院感染管理委员会，完善了医院感染三级管理体系，制订了各层级院感监控人员的岗位职责，责任明确。院感科负责全院的感控工作，并及时对科室相关工作予以正确指导，认真抓好感控日常工作。定期或不定期组织对各科室的感控工作进行督促检查，对全院的相关数据进行收集、统计、分析。强调各科室感控小组的职责，加强对感控小组成员的培训，定期检查相关制度、规范的落实情况，使各科室对感控工作重要性的认识逐步增强。

二、根据医院感染管理要求，做好感染监控工作。

1、加强手术室、产房等重点部门对消毒隔离制度及无菌操作技术的学习，严格遵守消毒隔离和无菌技术规程。紫外线灯消毒登记具体到每一支灯管，准确登记消毒时数、更换时间、每周酒精擦拭时间，每半年测试紫外线灯管的照射强度，保证消毒的有效性，并作好详细记录。

2、对于医院感染病例或疑似病例，要求科室院感监控医生在 24 小时内上报并填写报表，组织进行诊断、分析，对导致院感发生的环节予纠正改善，持续改进。院感组成员定期到科室、病案室查阅病历，临床查看病人，及时发现院内感染病例及流行趋势并指导临床感控工作。

三、结合抗菌药物专项治理工作及“三好一满意”活动，加强科室间的合作及抗菌药物的使用管理，按照《抗菌药物临床应用专项整治活动工作方案》对医务人员进行全员培训，由刘武副院长每月调取门诊处方、住院病历详细了解院内抗菌药物应用情况，对不合理的用药、不合理的处方予以警示、处罚。

四、加强对消毒药械、一次性无菌物品的管理。库房严格检查购入产品的证件是否齐全，包装及质量是否过关，把好关口，购进后对相关物品按照要求进行贮存管理。严格防止将不合格的消毒产品、一次性无菌物品使用到病人身上，保证医疗安全。

五、加强医院感染管理知识培训，提高医务人员院感意识，从而使临床医务人员自发参与到院感管理工作中。对临床医生、护士进行不同层次、不同内容的培训，使每个人了解自己必须掌握的重点内容。

六、认真落实《医疗废物管理条例》，明确各类人员职责，加强医疗废物的管理并定期进行督促检查。要求各科室严格按照医疗废物分类目录进行收集、归类，

严禁医疗垃圾与生活垃圾混放。医疗废物专人回收交接、运送至暂存点，避免造成泄漏、流失等不良情况。

七、加强医务人员职业暴露的管理，保障员工安全。强化医务人员职业暴露知识的培训，规范锐器的处路流程，要求每人掌握锐器伤后的处理流程，尽量减少职业暴露造成的危害。对已发生职业暴露的人员按暴露源的种类进行追踪监测及指导，保证医务人员的安全。

八、存在的问题

部门医务人员医院感染意识仍有待加强，相关知识仍有所欠缺，手卫生执行力度需进一步提升，院感病例还存在迟报的现象，部分医务人员对职业暴露后的处理流程掌握不够，消毒隔离措施方面有些细节仍需加强；还未能开展细菌的培养与监测；重点部门（手术室、产房等）的布局与流程有待进一步规范。医院污水处理系统的管理还需加强等。

兴义市下五屯街道办事处卫生院

二〇一一年十一月三日

第6篇：院感工作自查

院感工作自查汇报

按照上级主管部门有关医院感染工作规范和要求，我们在全院范围内开展自查工作，以医院感染管理的重点部门和重点科室为自查重点，实行边自查、边整改，力求做到全面自查，不留死角，全力创造良好的就医环境，维护正常的医疗秩序。现将此次我院医院感染管理工作自查情况汇报如下：

一、主要措施和已做到位的工作如下：

（一）、加强组织领导、保证院内感染管理工作的顺利开展： 医院感染管理实行院长领导下，一位副院长分管，成立了医院感染管理办公室，临床科室由各科主任，护士长及有一定工作经验的医师，护士组成医院感染管理小组，各部门职责明确，工作层层抓落实，保证了医院感染管理工作的顺利开展。

（二）、进一步完善管理制度并贯彻落实：

制定了医院感染管理各项规章制度（如：医院感染控制制度，消毒药械的管理制度，消毒隔离制度，医院感染病例登记报告制度，医院各重点部门感染控制

制度、措施、工作流程，医务人员职业暴露处置流程，医疗废物管理制度及处置流程、医院感染管理工作检查标准等)，并要求相关人员认真学习，贯彻执行，以提高防范意识、降低医院感染的发病率。院感科定期和不定期下科室督促检查制度落实情况。由于领导重视，各级职责明确，运转良好

(三)、加强对重点科室的院感管理工作：

对全院重点科室、部门，如产房、手术室、消毒供应室、检

验科的空气、物体表面、医务人员手、灭菌物品、消毒物品、消毒剂进行常规监测。消毒供应室在高压蒸汽灭菌时，坚持在无菌包外使用指示胶带、无菌包内使用指示卡进行自我监测和日常监测，保证了消毒灭菌质量。院感科随机抽查，发现问题，及时督促整改。

(四)、抓好临床各科室消毒灭菌、感染监控工作： 严格按照消毒、灭菌操作规范，对各种物品进行消毒、灭菌。并认真定期开展消毒、灭菌效果监测工作，督促相关科室做好消毒液更换、紫外线灯管擦拭、紫外线消毒等工作的登记、记录工作，收集好相应的痕迹资料。

(五)、对抗菌素的管理：

积极协助医务科、药剂科做好合理使用抗菌药物监督管理工作，做好临床、检验、药剂等科室之间的桥梁作用，加强和提高临床医生关于预防术后感染的正确认识。按照《抗菌药物临床应用指导原则》，制定抗菌药物临床应用分级、分线管理制度合理使用抗生素。同时加强药房监管力度，一月一点评，提升点评内涵及建设性意见，院感办与医务科收集总结后，一季度一分析并进行奖惩通报，及时将存在问题反馈科室，要求整改并落实。力求门诊抗生素使用率控制在 60% 以下，住院部抗生素使用率控制在 60%，达到上级规定。

(六)、一次性物品管理：

对一次性医疗用品的采购、管理和使用后处理履行监督检查职责。凡购入医院使用的一次性医疗卫生用品“三证”齐全，有消毒灭菌标志，生产日期，失效期，产品包装符合要求。药库存有一次性物品和消毒药械的“三证”，并建立登记账册，物品存

放于阴凉干燥，通风良好的物架处。一次性医疗用品使用后采取毁形、统一回收、无害化处理措施，并有记录可查。

(七)、医疗废物管理：

医院感染管理科制定了医疗废物处理流程，对全院 4 个科室治疗室进行改造，都有了独立的医疗废物处置间，添置了必要的医疗废物装置，如医疗废物桶、各种型号专用医疗废物袋、利器盒等。使我院医疗废物的分类、收集、贮存、包装、运送、交接等做到规范管理，与市医疗垃圾管理处签订了相关协议，确保我院医疗废物处理流程规范到位，与处置单位人员交接、双签名制度。

二、通过自查我们还存在诸多问题：

(一)、职工院内感染知识与控制意识浅薄。

(二)、医务人员手卫生依从性差。

(三)、抗菌素使用不规范。

(四)、消毒隔离细节做得不够

(五)、医护人员对院感病例上报不积极(有漏报现象)。

(六)、部分医务人员对职业暴露后的处理流程掌握不够 (七)、手术室、产房布局与流程不够合理，消毒供应室硬件配备不全（无清洗间）。

三、针对医院存在的问题，制定整改措施：

(一)、加强医务人员院感知识培训及考核，使每个职工都能对院感防控知识有较高的认识，自觉参与院感防控，自觉遵守各项操作规程。不参加培训及考核不及格者给予经济处罚。整理好相应的痕迹资料。

(二)、大力倡导手卫生，提高医务人员手卫生依从性和正确率，每周到临床科室督促手卫生执行情况，医院感染，“手”当其冲。把每个洗手池都贴有醒目“七步洗手法”示意图，配备了洗手液、擦手巾，并投入使用了速干手消毒剂，并使用符合要求的干手设施等。

(三)、加大抗菌素管理力度，继续开展抗菌药物临床应用专项整治工作，要求临床医生严格掌握用药指针，落实处方点评及干预，一月一总结一通报一处罚，情节轻微者批评教育，严重者扣除当月部分绩效工资，力求住院患者抗菌素使用不超过 60%，门诊抗菌素使用不超过 20%，急诊抗菌素使用不超过 40%。 (四)、加强监督消毒隔离制度的落实，各类物品的消毒方法符合要求，紫外线消毒要有执行、有记录，“84”消毒液每日更换、戊二醛每周更换并记录，为加强消毒效果监测，院感办配备了消毒液浓度测试卡和紫外线浓度测试卡。不定时到临床科

室对使用中的消毒液浓度、紫外线灯管强度进行监测。

(五)、对院感漏报情况加强管理，个别医生心存顾虑，今后要加强对临床医生进行医院感染诊断知识培训，院感科不定时到各临床科室检查病历，引导临床医生对病例上报有正确认识和积极的态度。经常性到病案室翻阅病历，检查督促医院感染病例的填报工作符合上级要求。

(六)、加强医务人员职业暴露的管理，保障员工安全。强化医务人员职业暴露知识的培训，规范锐器的处置方法，要求每人掌握锐器伤后的处理流程，尽量减少职业暴露造成的危害。对已发生职业暴露的人员按暴露源的种类进行追踪监测及指导，保证医务人员的安全。

(七)、新大楼建设将按院感防控要求对重点科室（手术室、产房等）的布局与流程将进一步规范，消毒供应室有良好的清洗及消毒环节，保证消毒灭菌效果。

由于医院条件有限，医院感染管理工作还存在很多不足，在这次自查中将不断地自纠、整改、完善。在医院领导的重视下，我们相信，只要我们不断总结经验、虚心学习，将会把医院感染管理工作做得更好。

院感办 2021.05.27

第7篇：院感自查自纠报告

医院感染管理自查报告

我中心及下属4个社区卫生服务站，院感管理工作由主管领导主抓，中心院感部门专人负责，各科室和社区站指定骨干人员兼职负责。制定各项规章制度，发放科室和社区站。每月院感部门协同中心绩效考核人员对我单位科室和社区站进行质控检查，检查结果纳入当月绩效考核，与绩效奖金挂钩。按照丰卫发[2021]81号的检查操作标准进行自查，现将结果汇报如下：

1、严格制定并落实消毒隔离制度，对职工定期培训、对科室定期检查。严格区域划分，有标识，人员做好防护工作，工作人员进行操作时严格遵照规范流程和无菌操作制度，做好手卫生工作。

2、使用消毒剂时，遵照消毒剂使用的原则，现用现配，浓度配制及监测符合要求，做好物品消毒记录。

3、高压蒸汽灭菌：建立健全消毒隔离制度，严格分区，布局合理，消毒灭菌

物品严格按照规范流程处置，消毒物品严格监测，符合要求。每月做好生物监测，以及空气培养、物体表面培养监测工作。

4、中心治疗室、换药室以及社区站治疗室日常做好清洁卫生及空气、物表消毒工作，并做好记录。工作中严格执行规章制度和操作流程。每月做好空气培养、物表培养监测工作。

5、我中心口腔科于4月下旬开始营业，严格制定科室规章制度、工作流程、岗位职责，现配备口腔科专用小型高压蒸汽灭菌器一台，超声波清洗器一台，以及口腔科专用设备与器械，能够满足业务工作的需求。工作中严格遵守和口腔科消毒规范及口腔科诊疗器械消毒隔离制度，做到一人一机，进入口腔内的所有诊疗器械，必须达到一人一用一消毒或灭菌的要求，并做好消毒记录，工作人员做好个人防护，每日做好口腔科终末消毒工作，要求有记录。

6、污水处理：我中心污水处理，由专人负责，持证上岗，建立相应的规章制度、操作流程、岗位职责。每日有专人监测2次，监测结果合格。经丰台区水务部门检测结果合格。

7、医疗废物管理：我中心对本单位产生医疗废物的科室、社区站，建立健全医疗废物管理的规章制度，做好医疗废物三级管理。成立医疗废物管理委员会，主任由中心主任（法人）担任，和中心各科室及社区站职工签订医疗废物管理责任书，做到严格管理，职责明确；院感部门专人负责，对职工进行医疗废物管理的全员培训，对科室和社区站定期检查；医疗废物产生地的科室及社区站的负责人作为直接责任人负责本科室、社区站的医疗废物管理工作。中心及下属四个社区站分别和北京二清集团签订医疗废物转运协议，按照规范流程收集、暂存、转运医疗废物，并做好交接记录。每月做好医疗废物自查和消毒工作，要求有记录。每月院感部门人员对科室和社区站进行检查，检查结果纳入绩效考核管理。医疗废物专用包装袋、及各种容器质检报告合格。

8、一次性物品管理：采购部门对一次性医疗无菌物品和消毒物品的购置流程符合院感管理要求，索取三证及质检合格证，存放符合规范要求，并有一次性无菌物品和消毒物品登记记录，对进货做好质检工作，院感部门人员每月进行抽样检查，并做好相关记录。

9、传染病疫情报告：由保健科专人负责，严格遵照《传染病防治法》，对传

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/268002135065007004>