

二十、医院感染管理与持续改进

评审标准	评审要点	支持材料	检查方法
4. 20. 1	有医院感染管理组织，医院感染控制活动符合《医院感染管理办法》（卫生部令第 48 号；2006. 7. 6；自 2006. 9. 1 起施行）等规章要求，并与医院功能和任务及临床工作相匹配。		
4. 20. 1. 1 依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理组织，负责医院感染管理工作。（感染管理科）	<p>【C】</p> <p>1. 有医院感染管理部门，配备专兼职人员，负责医院感染管理工作，负责人为副高及以上专业技术职称。</p> <p>2. 有医院感染管理委员会。至少每年召开两次工作会议，有会议记录或会议简报。</p> <p>3. 科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。</p> <p>4. 有上述组织的工作制度与职责。</p> <p>5. 医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标。？并依据上级部门与医院感染的有关要求，制定工作实施计划并落实。</p> <p>6. 相关人员知晓本部门、本岗位职责并履行。</p>	<p>1.xx 同志任职红头文件及人力资源部职称通知（院办）</p> <p>2. 自成立以来医院感染管理委员会会议记录及签到本（感染管理科）</p> <p>3. 医院感染管理专职兼职人员名单、科室成员职称证书、岗位培训证书及近一年继续教育培训证明及考勤表（感染管理科）</p> <p>4, 制度链接（感染管理科）</p> <p>①医院感染管理三级网络体系结构简图</p> <p>②医院感染管理制度</p> <p>③医院感染管理三级网络制度</p> <p>④感染管理委员会职责</p> <p>⑤感染管理委员会工作制度</p> <p>⑥感染管理委员会会议制度</p> <p>⑦医院感染管理科（及专职</p>	<p>1. 查阅任命材料</p> <p>2. 查阅会议记录及签到本</p> <p>3. 查名单、考勤表、证书等</p> <p>4. 查制度、职责</p> <p>5. 查年度工作报告、工作要点、工作计划、工作总结</p> <p>6. 提问感染管理科主任、工作人员、兼职人员和感染监控医生、护士职责及相关制度</p>

		<p>人员) 职责</p> <p>⑧感染管理科工作制度</p> <p>⑨医院感染临床管理小组职责</p> <p>⑩临床医院感染监控医生职责</p> <p>11. 临床医院感染监控护士职责</p> <p>5.</p> <p>①医院的工作规划、计划、绩效考核目标包含医院感染管理部分(院办)</p> <p>②医院感染管理工作计划与实施方案</p> <p>③医院感染管理科按卫生部的《医院感染管理办法》和《医院感染监测规范》要求制定本院的工作计划, 组织实施, 有资料和记录。</p> <p>④连续两年的工作报告、工作要点、工作计划、工作总结(感染管理科)</p>	
	<p>【B】符合“C”, 并</p> <p>1. 有对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查, 定期召开专题会议, 对感染管理现状进行分析, 对存在问题有反馈及改进措施。</p>	<p>1、科室医院感染管理手册或反馈表、科室督查原始记录(感染管理科)</p> <p>2、自成立以来医院感染管理</p>	<p>上级卫生行政部门督查记录</p> <p>医院感染管理委员会会议记录和督查记录和反馈记录</p> <p>感染管理科的督查记录</p>

	<p>2. 对上级主管检查中发现的问题, 及时整改, 并调整完善工作计划和内容。</p>	<p>委会议记录 (感染管理科)</p> <p>3、医疗废物管理会议记录 (感染管理科)</p> <p>4、手术部位感染分析改进会议记录 (感染管理科)</p> <p>5、上级卫生行政部门 (卫生监督所、防疫站检查、行政服务大厅、省卫生厅) 检查整改材料 (感染管理科)</p> <p>6. 医院感染管理委员会对医院感染管理科工作和制度执行情况进行监督检查。(感染管理科)</p> <p>7. 医院感染管理委员会和医院感染管理科每年至少召开2次专题会议, 对感染管理现状进行分析, 对存在问题进行反馈, 提出整改措施, 并进行追踪和效果评价。(感染管理科)</p> <p>8、感染管理科定期 (月、周、不定期) 对科室院感督导检查汇总及原始记录</p> <p>9、院感科对各科室考核绩效</p>	<p>年度计划中体现改进 (上一年的的问题改进)</p> <p>相关医院感染会议记录</p> <p>6、提问感染管理科主任、工作人员、兼职人员和感染监控医生、护士职责及相关制度</p>
--	----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

		(奖罚、扣分, 应包含考核制度, 扣分机制等) 此项内容需完善 (感染管理科)	
	<p>【A】 符合“B”, 并</p> <p>1. 院科两级医院感染组织机构健全, 人员配置满足临床需求。</p> <p>2. 无重大医院感染责任事件。</p>	<p>1. 医院有医院感染管理委员会、医院感染管理科、医院感染质控组、各临床医技科室医院感染质控小组。(感染管理科)</p> <p>①医院感染管理三级网络体系结构简图</p> <p>②医院感染管理科人员配置应该按卫生部要求:1人/250床。</p> <p>③各临床医技门诊科室配置医院感染监控护士和监控医生。(无护理人员科室可不设医院感染监控护士)</p> <p>2. 查看卫生行政部门通报的医院感染事件(?)</p>	<p>1. 查阅感染管理科资料</p> <p>2. 查感染管理科人员名单、考勤表、证书等</p>
4. 20. 1. 2	<p>【C】</p> <p>有相应的规章制度, 将医院感染的预防与控制贯彻于所有</p>	<p>1. 《医院感染制度、职责、流程、应急预案》, (感染管理科)</p> <p>《医院感染管理制度、法律</p>	<p>1. 查看制度、流程</p> <p>2. 现场查看落实情况</p> <p>3. 提问感染管理科、所有重点科室相关制度、工作流程。</p>
	<p>1. 有根据相关法律法规不断修订和完善医院感染的预防与控制制度。</p> <p>2. 有针对医院所有医疗活动和 workflows 而制定的具体措施,</p>		

<p>医疗服务中。 (感染管理科)</p>	<p>并落实。 3. 医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门院感特点。 4. 全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求，并执行。</p>	<p>法规》 2、感染管理相关流程（不完善）（感染管理科） 3. 针对医院所有医疗活动和工作流程的医院感染风险评估，以及有针对性的具体措施（感染管理科） 4、专、兼职人员熟知制度、职责 （感染管理科、各重点部门、临床科室）</p>	
	<p>【B】符合“C”，并 1. 主管部门有计划和相关制度对科室医院感染管理工作进行指导，保障医院感染管理工作落实。 2. 院科两级医院感染管理组织对相关制度落实情况有监督检查，对发现问题及缺陷及时反馈，有持续改进措施。</p>	<p>1、《季讯》（感染管理科） 2、《医院医院感染管理手册质量登记簿》（临床科室） 3、《医院感染管理质量控制及持续改进记录单》（感染管理科、各重点部门、临床科室） 4、医院感染管理委员会对医院感染管理科工作和制度执行情况进行监督检查。（感染管理科） 5、感染管理科定期（月、周、不定期）对科室院感督导检查汇总及原始记录（包含对制度的考核）（感染管理科）</p>	<p>1. 查看文件及记录 2. 随机提问临床工作人员、感染管理科相关工作人员 3. 查看相关培训资料，签到册，培训试卷，</p>

		6、平时的培训记录（关于医院感染）（感染管理科）	
	【A】 符合“B”，并持续改进有成效，2年内无重大院内感染暴发责任事件。	1、科室医院感染管理手册及重点科室督查结果反馈、分析、改进（感染管理科） 2、手卫生、职业暴露、消毒隔离和多重耐药菌管理督查结果分析、改进记录（感染管理科） 3、房屋改造记录及总结报告？（感染管理科）？ 4. 医院感染上报登记本（东软）分析趋势图（感染率下降）需完善（感染管理科） 5、查看上报记录，并在接报部门调阅（感染管理科） 6、查看近三年暴发事件处置的总结（感染管理科）	1、查看原始记录及登记本 2、访谈临床科室或者重点科室人员感染暴发情况 3、实地访视房屋改造情况？
4. 20. 2 开展医院感染防控知识的培训与教育。		支持材料	检查方法
4. 20. 2. 1 有医院感染管理培训计划、培训大纲和培训教材,实施全员	【C】 1. 有针对各级各类人员制定的医院感染管理培训计划、培训大纲和培训内容。 2. 有培训责任部门，根据不同人员设计相关知识与技能	1. 连续2年的培训计划、培训课件、签名及考核原始试卷（感染管理科） 2、医院感染知识考核成绩	1 查看计划、课件、试卷 2 随机提问各类人员

<p>培训。 (感染管理科)</p>	<p>等培训内容，并有考核。 3. 相关人员掌握相关知识与技能。</p>	<p>(感染管理科) 3、涵盖医院全体人员（医药护技、行政后勤、新进工作人员、进修和实习生及保洁、电梯、废物、太平间等，必要时加上探视陪护人员）的不同类型具有专业特点（重症医学科、消毒供应室、手术室、外科。。。。）的培训。 (感染管理科) 4、培训的内容涵盖：手卫生、职业暴露，感染暴发、消毒隔离、感染监测、环境卫生学、多重耐药、H5N1 1H7N9 传染病相关消毒隔离感染管理，</p>	
	<p>【B】符合“C”，并落实培训计划，有完善的培训、考试及考核管理，相关资料完整。</p>	<p>1. 院感科对科室的绩效考核制度？（感染管理科） 2、医院感染培训管理考核标准（感染管理科） 3、院感科绩效考核方案（感染管理科）</p>	
	<p>【A】符合“B”，并对培训效果进行追踪与成效评价，培训后的医务人员医院感染预防与控制知识与技能达到岗位要求。</p>	<p>1 科室医院感染管理手册及重点科室督查结果反馈、分析、改进（感染管理科）</p>	<p>1 查资料，看记录 2 查看职业暴露物品，提问使用情况</p>

		<p>2、对于手卫生、职业暴露、消毒隔离和多重耐药菌管理督查结果反馈分析、改进(感染管理科)</p> <p>3、落实手卫生设施改造、消毒隔离措施,多重耐药防护措施(感染管理科)</p> <p>4、查看历次考核内容(感染管理科)</p>	3 随机提问医药护技等相关措施
4. 20. 3 按照《医院感染监测规范》(卫通〔2009〕10号; 2009.4.1; 自2009.12.1起实施), 监测重点环节、重点人群与高危险因素, 采用监控指标管理, 控制并降低医院感染风险。		支持材料	检查方法
<p>4. 20. 3. 1</p> <p>医院感染专职人员和监测设施配备符合要求,开展目标性监测、全院综合性监测。(感染管理科)</p>	<p>【C】</p> <p>1. 医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。</p> <p>2. 有医院监测计划, 有目标性监测、全院综合性监测的目录/清单范围符合《医院感染监测规范》要求。</p> <p>3. 每年开展现患病率调查, 调查方法规范。</p> <p>4. 科室能按照制度和流程要求, 监测《医院感染监测规范》要求的全部项目, 并有记录。</p> <p>5. 医院感染监控覆盖全部医院感染监测项目及不同标本类型。</p>	<p>1. 医院感染管理专职兼职人员名单、科室成员职称证书、岗位培训证书及近一年继续教育培训证明及考勤表。查看医院感染监测设施配备(感染管理科)。</p> <p>2、(感染管理科)</p> <p>①、医院感染监测规范。(感染管理科)</p> <p>②、检测设施与微生物室共用(感染管理科)(细菌室)</p> <p>③、连续2年的监测计划及</p>	<p>1. 查看资料</p> <p>2. 提问院感科、重点部门。相关临床科室监测的结果</p> <p>3.OA网查询相关内容</p> <p>4. 查看设备使用情况</p> <p>5. 对比感染监测清单</p> <p>6. 查阅前一年和当年原始监测资料</p> <p>7. 现场查看并询问调查方法</p> <p>8. 根据监测项目随机查阅50份出院病历, 计算漏报率。</p>

		<p>监测目录清单</p> <p>④、医院感染监测小组制度、职责、组织、成员（文件）？</p> <p>⑥连续 2 年年细菌耐药监测方法、分析、反馈（每季）</p> <p>⑦、科室监测记录由科室提供</p> <p>⑧连续 2 年 ICU 目标监测方法</p> <p>⑨ICU 患者呼吸机相关感染监测表</p> <p>10ICU 患者留置导尿相关感染监测表</p> <p>11、ICU 患者深静脉置管相关感染监测表</p> <p>12. 连续 2 年手术部位目标检测的方法、分析总结，</p> <p>13、连续 2 年环境卫生学目标检测的方法、分析总结，</p> <p>14、连续 2 年临床药物使用调查、反馈（见《医院感染监测规范》）</p> <p>3、（感染管理科）</p> <p>①连续 2 年医院感染现患率调查方法及结果分析</p>	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>年医院感染监控调查计划书</p> <p>③连续 2 年医院现患率调查个案登记表</p> <p>4、医院感染管理科开展对全院各临床医技门诊科室的空气、工作人员手、物表、内镜消毒液、透析用水、灭菌器械、医院感染病例等全部医院感染监测项目及不同标本类型（感染管理科）</p>	
	<p>【B】符合“C”，并</p> <p>1. 有医院感染监测记录与分析报告，有失控原因、处理方法及影响程度分析，提出预防及改进措施。</p> <p>2. 主管部门对数据来源、数据真实性和可靠性进行追踪和分析、总结与反馈，对存在的问题进行督促整改。</p>	<p>1、医院感染所有项目（见《医院感染监测规范》）的分析报告，有失控原因、处理方法及影响程度分析，提出预防及改进措施。（感染管理科）</p> <p>2、医院感染管理委员会对医院感染管理科工作和制度执行情况进行监督检查。（感染管理科）</p> <p>3. 医院感染管理委员会和医院感染管理科每年至少召开 2 次专题会议，对感染管理</p>	<p>1. 查看资料、会议记录</p> <p>2. 抽查改进情况</p> <p>3. 随机考核相关人员</p> <p>4、OA网查询相关内容</p> <p>5、查阅近 1 年监测数据</p> <p>6、现场查看数据来源方式、提供原始记录，</p> <p>7、查阅医院重点部位预防标准操作程序</p> <p>8、现场查看相关科室标准操作程序执行情况</p>

		进行反馈，提出整改措施，并进行追踪和效果评价。(感染管理科) 4、OA网院感季度总结(感染管理科)	
	【A】 符合“B”，并 医院信息系统能够提供对医院感染危险因素监测及分析，其结果对医院感染预防及控制决策提供支持作用，并取得效果。	无信息系统	无信息系统
4. 20. 3. 2 有重点环节、重点人群与高危因素监测。对下呼吸道手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流、皮肤软组织主要部位感染有具体预防控制措施并实施。(★) (感染管理科)	【C】 1. 有针对重点环节、重点人群与高危因素管理与监测计划，并落实。 2. 有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制定针对性的控制措施。 3. 重症医学科导管相关性血源感染(CRBSI)千日感染率；呼吸机相关肺炎(VAP)千日感染率；尿路感染(UTI)千日感染率(工作量，感染率，数据来源追踪)。 4. 有对下呼吸道、手术部位、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的预防控制的相关制度与措施，并落实。	1、连续2年监测计划及目录清单。 2、重点科室风险评估？ 3、《医院制度汇编》重点部门感染防控措施？ 4、连续2年的手术部位不同风险切口感染率及原始资料、手术病人切口感染率 5、连续2年I类切口感染率 6、目标性监测(手术切口、ICU等)汇总及原始资料 7、连续2年感染病例汇总，逐月汇总 8、CRBSI VAP UTI防控反馈表，每月一次。	1、①查阅感染管理科对重点环节、重点人群与高危因素管理与检测脏其落实情况。 ②抽查综合ICU 外科/专科ICU 新生儿科对相关管理与监测的实施情况。 2、查感染管理科对ICU 血液科、新生儿科、烧伤科、血透中心等感染监控资料和管理制度。 3、①抽调近期微生物实验室的手术部位感染(SSI)阳性结果报告，追踪感染病例，现场检查预防控制措施实

		<p>手术部位感染跟踪监测数据（文字、图像、视频、调差、反馈、改进）</p> <p>10、至监测以来CRBSI VAP UTI的千口感染率，逐月计算，并列趋势图。</p> <p>11、重症监护室(icu)医院感染监测计划</p> <p>ICU患者呼吸机相关感染监测表</p> <p>ICU患者留置导尿相关感染监测表</p> <p>ICU患者深静脉置管相关感染监测表</p> <p>12、重症监护室(icu)感染风险因素评估表</p> <p>13、手术室医院感染风险因素评估表</p> <p>14、ICU感染预防与控制措施</p> <p>15、医院内肺炎预防与控制制度与措施、导管相关血流感染预防与控制制度与措施、皮肤软组织感染预防与控制措施</p> <p>16、督导检查记录（周期、不定期）</p>	<p>施情况。</p> <p>②查阅感染管理科手术部位感染（SSI）监测汇总资料。感染率符合要求。</p> <p>4、①抽调近期微生物实验室ICU送检血培养、痰培养、尿培养阳性结果报告，追踪感染病例，现场检查预防控制措施实施情况。</p> <p>②查阅感染管理科 CRBSI VAP UTI监测汇总资料。计算 CRBSI VAP UTI的千口感染率。</p> <p>5、抽查综合ICU、外科/专科ICU、新生儿科对重点部位感染的预防控制制度，并现场检查相关措施落实情况。</p> <p>6、抽查风险评估及感染控制情况。</p> <p>7、日常督查记录</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>，并</p> <p>1. 科室落实自查情况及存在问题总结、分析、报告机制，有改进措施。</p> <p>2. 主管部门对科室监测情况进行定期核查指导，对存在的问题，及时反馈，并提出整改建议。</p>	<p>1、自监测开始科室重点科室对 CRBSI VAP UTI 的总结报告，感染管理科有备份(感染管理科) (各重点科室)</p> <p>2、科室感染管理手册，院感登记本</p> <p>3、连续 2 年的病例监测反馈 (各重点科室)</p> <p>4、科室根据风险评估、监测计划、防控措施等进行自查及整改记录 (各重点科室)</p> <p>5、主管部门对科室监测定期督导记录(感染管理科)</p>	<p>1、查阅科室近一年自查资料</p> <p>2、抽查 2 个科室近一年上报及改进记录</p> <p>4、查阅监测资料</p> <p>5、查看感染管理部门近一年督查记录，是否发现实质问题，整改建议有针对性</p> <p>6、科室管理手册、登记本</p> <p>7、督导记录</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 手术部位感染(%)按手术风险分类，年手术量、切口感染率数据来源追踪。</p> <p>2. 对重点环节、重点人群、主要部位的特殊感染控制有效。</p> <p>3. 医院信息系统定期对重点环节、重点人群与高危险因素监测及分析，满足临床工作需要，对医院决策提供支持作用，并取得效果。</p> <p>如无院感信息系统，此条不达标</p>	<p>1、通过院感系统查询手术部位感染分类情况，年手术量、切口感染</p> <p>2、有客观指标证实的典型病例</p> <p>3、ICU 目标性监测总结</p> <p>4、2012.9 血透 B 液检测超标 (对发生的医院感染问题的)，原因分析、改进措施及效果评价。</p> <p>4、手术部位目标监测统计</p>	<p>1、通过院感系统查询</p> <p>2、现场查看</p> <p>3、现场查看信息系统使用效果</p> <p>4、提供支持决策并获效果的典型案例</p>

		5、信息系统手麻系统与院感实时监控系統对接支持。	
4. 20. 3. 3 有医院感染暴发报告流程与处置预案 (感染管理科)	<p>【C】</p> <p>1. 有医院感染暴发报告流程与处置预案。</p> <p>2. 有多种形式与渠道，使医务人员和医院感染的相关管理人员及时获得医院感染的信息。</p> <p>3. 有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施。</p> <p>4. 按要求上报医院感染暴发事件。</p> <p>5. 相关人员对医院感染暴发报告流程和处置预案知晓率达 100%</p>	<p>1、医院感染暴发应急预案报告、处置、登记本相关。(感染管理科)</p> <p>2、获得医院感染信息渠道(季讯、OA网。《医院质量管理通讯》召开医院感染管理质量专题会议)(感染管理科)</p> <p>3、医院感染应急预案演练脚本(感染管理科)</p> <p>4、医院感染暴发报告处置流程(感染管理科)</p> <p>5、感染暴发处置的培训记录、考核、原始记录试卷(感染管理科)</p>	<p>1、查阅文件</p> <p>2、查看有效的信息来源渠道，提问专职人员、医、护各 1 名</p> <p>3、查阅资料，现场查看措施落实情况，并提问专职人员、医、护各 2 名</p> <p>4、查看上报记录，并在接报部门调阅，查看近三年暴发事件处置的总结</p> <p>5、提问委员会主任及委员、相关职能部门负责人、专职人员、医、护各 1 名计算知晓率</p> <p>6、查原始资料、记录、试卷等。</p>
	【B】 符合“C”，并	1、《SICU感染暴发演练方案》	1、查阅资料

	<p>人员情况制定各类演练的脚本，并进行演练。</p> <p>2. 有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。</p> <p>3. 有医院感染暴发报告的信息核查机制。</p>	<p>《血液内科感染暴发演练方案》《急诊科感染暴发演练方案》</p> <p>演练的照片、视频、总结、效果评价报告，演练简报。(感染管理科)</p> <p>2、演练科室改进措施报告(相关科室)</p> <p>3、如何监测医院感染暴发?</p>	<p>2、现场查看改进措施落实情况</p> <p>3、查看核查方法的效果，能否及时发现暴发</p> <p>4、查看分析记录，并到相关科室查看预警记录，询问科室知晓情况</p> <p>5、现场查看改进措施实施情况</p>
	<p>【A】符合“B”，并</p> <p>1. 对医院感染暴发事件上报流程及处置预案及时更新修订。</p> <p>2. 有对存在问题所采取的改进措施和成效进行追踪。</p>	<p>1、第二版《医院感染暴发事件的监测、报告、调查与控制制度》《医院感染暴发事件处理流程》《医院感染暴发及突发事件控制应急预案》《医院感染流行、暴发的报告、控制制度》《医院感染流行、暴发的报告、控制制度》《医院感染病例报告制度》等相关制度流程。(感染管理科)</p> <p>2、感染管理科及演练科室演练总结报告(包含对问题的改进措施)(感染管理科)、相关演练科室。</p>	<p>1 查阅近三年原始及更新资料</p> <p>2、查阅追踪记录并提问演练成员。</p> <p>3、现场查看改进措施落实情况</p>

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/276214114220010210>