

科室控感小组成员

组 长：

监控医生：

监控护士：

一、科室控感小组职责：

科室控感小组由科主任、护士长及本科室监控医生、监控护士组成，在科主任、护士长领导下开展工作，主要职责是：

1、认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、组织落实陕西省结核病防治院《医院感染管理手册》及卫生部 2012 版《三级医院等级评审标准》，根据本科室医院感染特点，制定管理制度并组织实施；

2、研究并确定本科室的医院感染重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施；有对下呼吸道、手术部位、导尿相关尿路、导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防、控制措施并落实；有落实多重耐药菌（MDRO）的控制措施。

3、研究并制定本科室医院感染消毒隔离制度、医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案；

4、负责制定科室年度感染控制工作计划及培训计划，并组织实施；

5、科室控感小组每季度召开科室感染会议一次，总结科室各项感染工作落实情况、存在问题并提出改进措施，有会议记录。

6、监督、指导科室人员在发现医院感染病例时，及时送检、做好登记，于 24 小时内填写“医院感染报告卡”报感染办公室；控感小组人员如发现本科室有医院感染流行趋势，应及时上报告科主任和感染办，并积极协助调查（如指导科室人员留取标本，细菌学检查和接触隔离等），妥善救治患者。

7、负责对科室医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协助有关部门进行处理。

8、管理、指导科室工作人员合理使用抗菌药物，定期总结分析，不断提高抗感染药物的合理使用水平；力争达到住院患者抗菌药物使用率 $\leq 60\%$ 以下，抗菌药物治疗住院患者微生物样本送检率 $\geq 30\%$ ，I 类切口（手术时间 ≤ 2 小时）手术预防性抗菌药物使用率 $\leq 30\%$ 。

9、负责组织科室人员每月进行医院感染培训一次，每半年进行紫外线辐照强度监测一次，按时完成《科室控感小组活动记录》中涉及的各项工作内容，并做好活动记录；活动记录保存 3 年。

10、督促检查本科室医务人员认真执行和落实无菌操作技术、消毒隔离制度和手卫生规范等法规文件；熟练掌握医院抗菌药物合理使用，感染病人标本的正

确留取和送检，清洁、消毒灭菌与隔离、无菌技术操作、医疗废物管理、职业卫生防护、传染病管理等知识，并监督指导科内相关人员完成各项工作。

11、组织本科室预防、控制医院感染知识的培训；对医务人员预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。

12、做好对卫生员、陪住、探视者的卫生学管理和预防医院感染的健康教育。

13、完成医院感染管理委员会及感染办交办的其他工作。

二、科室控感小组科主任、护士长职责

1、科主任、护士长是科室医院感染第一责任人，应组织科室人员执行陕西省结核病防治院《医院感染管理手册》及卫生部 2012 版《三级医院等级评审标准》，落实各项医院感染管理制度和管理措施等；

2、配备医院感染兼职监控医生、兼职监控护士，定期组织召开科室感染小组会议，研究解决科室存在的消毒隔离和感染安全问题；

3、科室发生医院感染病例时，应督促医生及时填写医院感染报告卡，报感染办公室；发现医院感染暴发趋势或特殊、严重感染病例，除及时上报外，应积极协助、配合进行调查分析，采取控制措施；

4、督促、检查本科室工作人员认真执行消毒隔离、无菌技术操作规程及手卫生规范等工作，降低医院感染率；

5、向科室人员及时传达医院感染会议精神，组织科室人员学习医院感染法律法规、规章制度及相关知识，每月一次，有培训内容和考核，抗菌药物相关知识培训每年至少一次；

6、管理、指导科室工作人员合理使用抗菌药物，定期总结分析，不断提高抗感染药物的合理使用水平；力争达到住院患者抗菌药物使用率 $\leq 60\%$ 以下，抗菌药物治疗住院患者微生物样本送检率 $\geq 30\%$ ，I 类切口（手术时间 ≤ 2 小时）手术预防性抗菌药物使用率 $\leq 30\%$ ；

7、按要求配备医务人员职业卫生防护用品（N95 防护口罩、手套、隔离衣等）并指导实施，如有消耗，及时补充。

8、在科主任及护士长领导下，管理、指导科室人员认真落实下呼吸道、手术部位、导尿相关尿路、导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防、控制措施及多重耐药菌（MDRO）的控制措施。

9、按照《科室控感小组活动记录》中的工作内容及卫生部 2012 版《三级医院等级评审标准》，开展科室感染管理工作，各项工作要有落实、有记录，有专人负责。

三、科室控感小组控感医生职责

1、按照医院感染管理要求及卫生部 2012 版《三级医院等级评审标准》，在科主任及感染办的指导下负责本科室医院感染管理医疗环节的各项工作，保证医院感染预防和控制措施的落实；

2、负责监督本科医生严格执行无菌技术操作规程、消毒隔离制度和手卫生规范等，认真落实陕西省结核病防治院《医院感染管理手册》中的各项职责、制度、措施和流程；

3、在科主任、护士长的领导下，与控感护士共同负责落实《科室控感小组活动手册》中各项工作；

4、对本科室医院感染病例及感染环节进行监测，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率；

5、科室发现医院感染病例，要及时督促主管医生填写医院感染病例报告卡，在24小时上报感染办公室，同时督促进行病原学检查，并对科室医院感染病例进行登记；

6、发现有医院感染流行趋势时，立即向科主任及感染办公室报告，积极协助调查医院感染发病原因，提出有效控制措施并积极进行控制工作；

7、督促本科人员严格执行无菌操作技术和消毒隔离制度；监督和指导本科医师合理使用抗菌药物，根据病原学检验结果及药敏实验结果对感染病人合理用药；

8、如发现医院感染暴发隐患，应立即上报感染办，并积极配合感染办人员进行调查分析，协助制定有效控制措施并组织落实；

10、积极参与医院感染现患率调查；完成感染办交办的其他工作。

11、监督、指导科室人员认真落实下呼吸道、手术部位、导尿相关尿路、导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防、控制措施及多重耐药菌（MDRO）的控制措施。

四、科室控感小组控感护士职责

1、按照医院感染管理要求及卫生部2012版《三级医院等级评审标准》，在护士长及感染办的指导下、监督检查本病区护理环节医院感染工作；

2、熟练掌握消毒、隔离知识，负责监督、指导本科护理人员严格执行无菌技术操作规程、消毒隔离制度及手卫生规范等；

3、在科主任、护士长的领导下，与控感医生共同负责落实《科室控感小组活动手册》中各项工作；

4、按时完成本科室感染工作的各项监测、定期对本科室空气、物表、医护人员手等进行采样，采样方法规范，记录完整准确，对采样结果超标现象要有分析、有整改措施和复查结果；

5、发现医院感染病例、传染性疾病患者（尤其是不明原因传染性疾病）或多重耐药患者时，指导并监督本科医、护人员及卫生员等做好消毒隔离和防护，防止造成交叉感染及传染病的暴发流行；

6、如发现医院感染暴发隐患，应积极配合感染办人员进行调查分析，协助科室制定有效控制措施并检查落实；

7、监督指导科室人员严格执行各项消毒隔离制度；

8、监督、指导科室人员认真落实下呼吸道、手术部位、导尿相关尿路、导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防、控制措施及多重耐药菌（MDRO）的控制措施。

9、指导科室护理人员做好对住院病人、陪护及探视人员进行预防医院感染知识的指导和宣传教育工作。

10、参与医院感染现患率调查工作；完成感染办交办的其他工作

。五、医务人员在医院感染管理中的职责

1、严格执行无菌技术操作规程、手卫生规范等医院感染管理的各项规章制度，落实陕西省结核病防治院《医院感染管理手册》各项管理制度；

2、掌握抗感染药物临床合理应用原则，做到合理用药。

3、掌握医院感染诊断标准。

4、积极参加预防医院感染知识培训。

5、掌握自我防护知识正确进行技术操作，预防职业暴露的发生。

6、发现医院感染病例，及时送病原学检验及药敏实验，查找感染源、感染途径，控制蔓延，积极治疗病人，如实填表报告；发现有医院感染流行趋势时，及时报告感染办公室，并协助调查。发现法定传染病，按《传染病防治法》的规定及时进行报告。

7、认真落实下呼吸道、手术部位、导尿相关尿路、导管相关血流、皮肤软组织等主要部位感染的预防、控制措施及多重耐药菌（MDRO）的控制措施。

六、科室感染管理指标

（一）科室医院感染控制指标：

1、医院感染发病率 $\leq 10\%$

2、I类手术切口部位感染率 $\leq 0.5\%$

3、医院感染漏报率 $\leq 20\%$

4、住院患者抗菌药物使用率 $\leq 60\%$

5、抗菌药物治疗住院患者微生物样本送检率 $\geq 30\%$

6、I类切口手术预防性抗菌药物使用率 $\leq 30\%$

7、I类切口手术预防性抗菌药物时间 ≤ 24 小时

8、外科手术预防使用抗菌药物时间控制在术前30分钟-2小时

（二）科室消毒灭菌控制指标：

1、高度危险器材：应无菌；

2、中度危险性器材：菌落总数应 $\leq 20\text{cfu/件、g}$ 或 100cm^2 ，不得检出致病性微生物；

3、低度危险性器材：菌落总数应 $\leq 200\text{cfu/件、g}$ 或 100cm^2 ，不得检出致病性微

精品文档
生物；

4、消毒剂：

(1) 使用中消毒液的有效浓度应符合使用要求，连续使用的消毒液每天使用前应进行有效浓度的监测；

(2) 使用中灭菌用消毒液：无菌生长

(3) 使用中皮肤粘膜消毒液染菌量≤10cfu/ml

(4) 其它使用中消毒液菌落总数≤100cfu/ml，不得检出致病微生物。

5、紫外线灯管辐射强度：使用中灯管(30w)辐射强度≥70μw/cm²，新购进灯管(30w)辐射强度≥90μw/cm²

6、各类环境空气、物表及手卫生监测标准（新修订标准）

注：怀疑医院感染暴发或疑似暴发与医院环境有关时，应进行目标微生物监测。

(2) 医务人员手卫生应达到的标准：

a) 卫生手消毒后，医务人员手表面的菌落总数应≤10cfu/cm²

b) 外科手消毒后，医务人员手表面的菌落总数应≤5cfu/cm²

注：以上不得检出致病性微生物，如乙型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、沙门氏菌等。可疑污染情况下进行相应指标的检测。病房的物体表面和医护人员手上，不得检出沙门氏菌。

七、科室持续改进指标：

1、呼吸机相关肺炎发病率（‰）：

呼吸机相关肺炎定义：感染前 48 小时内使用过呼吸机，有呼吸道感染的全身及呼吸道感染症状，并有胸部 X 线症状及实验室依据。

$$\text{呼吸机相关肺炎发病率（‰）} = \frac{\text{发生呼吸机相关肺炎的例数}}{\text{所有患者使用呼吸机的总日数}} \times 1000$$

指标要求：比率下降

2、留置导尿管相关泌尿系感染发病率（‰）：

精品文档

定义：指患者留置导尿后或拔除导尿管 48 小时内发生的泌尿系感染。

留置导尿患者中泌尿系感染的例数

留置导尿相关泌尿系感染发病率 (‰)

指标要求：比率下降

×1000

3、血管导管相关血流感染率 (‰)：

血管导管相关血流感染定义：指带有血管内导管或者拔除血管内导管 48 小时内出现细菌血症或真菌血症的患者，并伴有发热（>38℃）、寒战或低血压等感染表现，除血管导管外没有其他明确的感染源。实验室微生物学检查显示：外周静脉血培养细菌或真菌阳性；或者从导管段和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌。

使用中心静脉置管患者中血流感染人数

留置导管相关血流感染发病率 (‰)

指标要求：比率下降

×1000

所有患者使用中心静脉置管的总日数

4、不同感染风险指数手术部位感染发病率 (%)：

外科手术部位感染定义：外科手术部位感染分为切口浅部组织感染、切口深部组织感染、器官/腔隙感染。（详见外科手术部位感染预防与控制技术管理办法陕结院发[2011]8 号）

指定感染风险指数手术部位感染发病例数

某感染风险指数手术部位感染发病率(%)

指定感染风险指数手术总例数

×100

手术后感染例数：按“手术风险评估类别”下列的要求分别记录：

- (1) 0 级手术例数/季/年感染例数（浅部、深部、器官、腔隙手术）
- (2) I 级手术例数/季/年感染例数（浅部、深部、器官、腔隙手术）
- (3) II 级手术例数/季/年感染例数（浅部、深部、器官、腔隙手术）
- (4) III 级手术例数/季/年感染例数（浅部、深部、器官、腔隙手术）

2013 年科室控感小组年度工作计划（感控方案）

[illegible]

2013 年科室控感小组年度培训计划 （每月一次）

月份	培训内容	培训对象	授课人	授课形式
1 月				
2 月				
3 月				
4 月				
5 月				
6 月				
7 月				
8 月				
9 月				
10 月				
11 月				
12 月				

第一季度

（一）一季度科室控感小组会议记录

时 间		地点	
主持人		记录人	
参加人员：			
会议内容：			

[illegible]

精品文档

月份：三月份	地点：	讲课人：
参加人员签名：		
学习内容（简要记录，学习资料、试卷另存）：		

（三）一季度上级检查反馈记录及整改

检查时间：	反馈人：
反馈内容：	

精品文档						
(六) 一季度科室导管相关血流感染 (CRBSI) 千日感染率登记						
汇总：1、导管相关血流感染例数：2、留置导管患者置管总日数： 3、血流感染 (CRBSI) 千日感染率 ：分析：						

(七) 一季度科室留置导尿患者尿路感染 (UTI) 千日感染率登记						
患者姓名	床号	住院号	留置导尿 起始日期	留置总日数	有/无 尿路感染 (UTI)	菌检结果

(十) 一季度空调滤网保洁记录		签名
清洁时间	空调滤网	

注：空调滤网每月清洗，疾病流行期间每周清洗。

(十一) 一季度科室环境卫生监测登记及分析

监测内容	标本名称（填写）	监测结果		合 格 / 不合格	复检结果
		采样点结果	采样结果统计		
空气消毒效果监测		① cfu/皿	(cfu/m ³)		
		② cfu/皿			
		③ cfu/皿			
医护人员手卫生 监测	① 被检者：	cfu/cm ²			
	② 被检者：	cfu/cm ²			
	③ 被检者：	cfu/cm ²			
	④ 被检者：	cfu/cm ²			
	⑤ 被检者：	cfu/cm ²			
	⑥ 被检者：	cfu/cm ²			
物体表面消毒效果监测	① 采样点：	cfu/cm ²			
	② 采样点：	cfu/cm ²			
	③ 采样点：	cfu/cm ²			
使用中消毒液监测	① 消毒液名称：	cfu/ml			
	② 消毒液名称：	cfu/ml			
结果分析：					

第二季度

(一) 二季度科室控感小组会议记录

时 间		地点	
主持人		记录人	
参加人员：			
会议内容：			

[illegible]

参编人员签名:

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：
<http://d.hack118.com/426115124055010110>
