

2022 年院感工作总结 篇 1

上半年院感工作主要围绕市质控中心督导检查存在问题，逐步完善各项工作。具体情况如下：

一、监测工作：

1-6 月医院感染病例发生 13 例，发病率为 0.62%，病原学送检率 84.6%；在导尿管相关尿路感染的监测中留置尿管 53 例次，尿管使用率 3.27%，发生尿路感染 1 例，其导尿管相关尿路感染率是 1.49%；外二科出现 1 例二类手术切口感染，手术切口感染率为 0.85%。共检出多重耐药菌患者 2 人次，按照要求进行隔离诊治。按照计划开展医院感染横断面调查，将数据上传至全国感控基地。

二、手卫生：

上半年抽查手卫生时机 558 次，实际实施 464 次，手卫生依从性 83.15%，时机主要是接触患者或清洁/无菌操作前依从性差；正确率 77.59%，主要存在洗手法执行时间不足 15 秒，个别人六步洗手法不正确。

三、培训：

1、院内：对新招录人员进行岗前医院感染知识培训 14 人次，且考核合格；针对 20__年职业暴露工作中存在的问题，聘请专家来我院授课，提升医护人员防控水平；根据临床科室需要深入科室进行针对性的培训 4 次（内容流感防控、手卫生、医疗废物、安全注射、感染病例诊断、横断面调查）。

2、院外：11 人次参加市区组织的培训会议；参加市质控中心组织的研修班人员 5 月份通过考核。

四、重点环节管理：

1、手术室：1 月份对手术室空气净化设施进行维护-更换过滤网，经洁净检测及空气培养结果合格后重新开展手术；针对质控中心专家提出的手术室存在的器械清洗等问题逐一进行整改。

2、胃镜室：根据天津市内镜质控要求对我院的消毒记录进行规范。

3、口腔科：选派 3 人次分别参加医大口院组织的培训，提升口腔科感染防控意识。

4、医院感染暴发处置演练：4 月份进行了演练，加强医务人员对医院感染暴发相关知识的掌握，进一步明确各科室职能，完善机制，提高临床科室的鉴别能力，快速响应及处置能力，最大限度降低危害，保障医疗安全。

五、修订相关制度：

依据院感相关规范及临床护理管理质量标准执行手册与我院现有的制度流程进行对照，不断完善我院的相关制度。(肠道门诊、口腔科医院感染管理制度、污染物品回收操作规定、重复使用器械处理流程等)

2022 年院感工作总结 篇 2

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 100%。

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，各科室均有弹簧秤，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100%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。

2022年院感工作总结 篇3

今年，在院领导的正确领导和大力支持下，我科认真贯彻落实卫生部新颁布的《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，以规范化、流程化管理为目标，强化环节质量管理和全员医院感染知识培训，严格质量监测及考核，降低了医院感染率，保证了医疗安全。全年医院感染发生率2.4%，漏报率1.5%，器械消毒合格率100%，抗生素使用率46.2%，无菌手术切口感染率0.13%，有效的控制了院内感染，全年无一起院感暴发事件发生，确保了医疗安全。

一、健全组织完善管理

为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，今年重新调整充实了医院感染管理委员会、临床科室感染监控小组，完善了三级网络管理体系。院感科将任务细化，落实到人。定期召开院感委员会会议和科室控感员会议，研究解决医院感染管理工作中出现的问题，使院感工作得到持续改进，在上级机关检查和监测中全面达标。

二、加强质量管理，确保医疗安全

(一)质量控制：每季度根据量化指标进行一次大检查、每月抽项检查，每周随机检查，系统地调查收集、整理、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、整改，每月进行质量考评，并与医院医疗质量考评挂钩，有效预防和控制医院感染，全年共进行了四次季度质量检查，编发医院感染通讯四期，向全院医务人员及时通报医院感染动态变化。

(二)环节质量控制：

1、加强重点部门的医院感染管理，ICU、手术室、供应室、产房、儿科、透析中心，口腔科、内镜室等均是医院感染管理的重点科室，我们在平时工作中，不仅日有安排，周有重点，而且专项专管，如对ICU的控制重点就是如何降低医院感染发生率，对手术室的督查重点是手术后各类器械的清洗、消毒及室内消毒灭菌监测，对口腔科、内镜室严格按照规范要求每月进行检查等，使各重点部门的医院感染管理制度落到实处；

2、加强病区终末消毒管理，针对病区终末消毒不规范现象，制定并下发病区终末消毒措施，按照要求每周检查，对不规范的行为与考核挂钩。

3、每周对医院感染管理工作逐项进行检查，对存在问题，进行整改，使分院的院感工作逐步规范化。

4、强化卫生洗手，手部清洁与人的健康紧密相关，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递给病人，造成病人—医务人员—病人之间的交叉感染。为此，为

总院、斗鸡分院、县功分院编印张贴卫生洗手图 500 余张，要求护士长每月按需领取手消毒剂，洗手液。医生在查体和执行各项操作前后自觉进行手消毒。护士在接触病人和执行各项操作前后自觉进行手消毒。科主任、护士长定期监督检查。控感科每周下科室进行检查。

(三)沉着积极应对各种突发事件

1、工作中，科室同志团结一致，坚守工作岗位，积极主动协助临床一线及时解决问题，为地震棚的患者服务，在住院患者搬进抗震棚后及时制定下发了《宝鸡市中医医院突发事件医院感染管理》《防震棚消毒隔离措施》；坚持每天用含氯消毒剂对防震棚周围环境进行喷雾消毒四次；并坚持每天 2—3 次进行巡视，及时发现消毒、灭菌、隔离等方面存在的问题，及时予以纠正；同时加强医疗废物分类和及时收集管理，严防因医疗废物管理不善引起感染暴发。

2、加强手足口病的预防与控制，5 月份，针对我省和我市也相继出现的肠道病毒 71 型引发的手足口病疫情，我科及时对儿科全体医务人员、全院院感员进行《手足口病预防与控制》培训，制定并下发《手足口病医院感染控制要求》，每天不定期下病房、门诊特别是儿科留观室进行检查指导，确保了儿童的身体健康和生命安全。

3、西安交通大学医学院第一附属医院新生儿科发生的严重医院感染事件后，凭借职业敏感性，我科迅速采取了一系列应对措施，及时召开了全院护士长、控感员会议，及时下发了《进一步加强医院感染管理工作的通知》，要求各科室组织学习和讨论，并结合本科室情况开展自查自纠，认真查摆问题，提出整改措施并进行整改。二是加强了重点部门及重点环节的排查。对 ICU、内镜室、供应室、手术室、产婴室、口腔科等相关科室实施重点监测，对医疗用品的消毒、灭菌效果以及医务人员手、物体表面、空气及使用中的消毒液等进行了监测。三是对全院医务人员进行手卫生培训、考核，更换了洗手液。10 月底宝鸡市疾病预防控制中心对我院无菌物品、重点部门监测抽样抽检均符合《消毒技术规范》要求。为产房、婴儿洗澡间、介入科室、口腔科、门诊计划生育室、眼科等重点科室配备了手消毒机。

4、加强多重耐药菌的医院感染管理。下发了《关于加强多重耐药

菌医院感染控制工作的通知》。与检验科配合，每日监测耐药菌株的变化，发现问题，及时解决，有效预防和控制多重耐药菌在医院内的传播，保障患者安全。

三、实行规范化、流程化管理

今年紧紧围绕医院开展的流程化管理，对院感工作内容进行了梳理，制定出“医院感染质量管理流程”“监测流程”“一次性医疗用品管理流程”“抗生素管理流程”“发生职业暴露流程”“医疗废物管理流程”等近 30 项流程，使医院感染管理工作更加规范，更便于临床医务人员操作。

四、开展了现患率调查

根据中管局“医院质量管理年”要求，10 月份院感科开展了住院病人现患率调查，调查前对 24 名参加院内感染现患率调查人员进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表项目填写、医院感染诊断标准等知识培训。调查结果显示，院内感染率为 1.2%。抗生素使用率为 39.44%，菌检率为 21.7%。

五、进行医院感染的全面监测，为患者提供安全的医疗环境

1、坚持每月下科室监测 400 余住院病人，发现感染病例或有漏报现象，及时反馈回科室。统计每月医院感染发生率、感染部位及构成比、病原菌检测情况，分析医院感染与危险因素的关系，查找感染的主要原因，提出预防控制措施。

2、进行目标性监测：对 ICU、肿瘤科、各临床科室接受侵入性操作患者、手卫生，每周下科室 3 次，通过采集病历及护理记录、各种监测报告、_线检测结果等，向医生、护士了解病人情况、床头查看病人等方式选定目标，重点关注有留置导尿管、动静脉插管、使用呼吸机等侵入性治疗、操作的病人，以及长期或多联使用抗生素的病人，然后前瞻性的提出问题，并给予预防医院感染方面的指导意见，不断循环监测，及时调整监控策略，以达到减少各种危险因素，降低医院感染发病率的目的，取得了良好的效果。

3、每月进行环境卫生学监测，监测的主要对象以重点部门为主，院感科每月对重点部门的空气、物表、工作人员手等进行轮转监测，

每季度轮转一次，并将监测结果进行汇总分析，通过院感通信及时反馈各科室。全年对重点部门共监测取样 321 份，其中物体表面监测 49 份，合格 40 份，合格率 81.6%;工作人员手监测 31 份，合格 28 份，合格率 90.3%;使用中消毒液 204 份，合格 204 份，合格率 100%;室内空气 25 份，合格 22 份，合格率 88%;无菌物品 6 份，合格 6 份，合格率 100%;透析液入口液 3 份，合格 3 份，合格率 100%;透析液出口液 3 份，合格 3 份，合格率 100%;

4、进行紫外线强度监测，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、门诊使用中的紫外线灯管强度进行了监测，共监测各种类型的紫外线灯管 131 根，合格 117 根，合格率 89.3%。

六、加大对合理使用抗生素的管理

每周定期检查外科系统围术期用药情况，依据《抗菌药物合理使用原则》要求，逐步达到规范规定的 100%指标。全年抗生素使用率 46.2%;细菌培养率达到 61%;医院感染病人的细菌培养率达到 56.8%;每季度对全院使用抗生素前十位的科室进行排名，在院感通讯公布，联合药剂科检查病历，分析原因，对用药情况进行干预;每日去细菌室了解致病菌检测结果，每季度将细菌分离率与细菌耐药情况分析汇总公布，为临床医生合理使用抗生素提供可靠的帮助。

七、加强宣传和培训，提高医务人员院感意识

1、对总院及分院口腔科、内镜相关人员、供应室工作人员进行了重点部门医院感染管理知识培训，参加人员 30 余人，学时 2 小时;

2、对儿科医生、护士，全院控感员进行“手足口病”预防与控制培训，共有 50 余人参加，学时 2 小时;

3、对 82 名健康助理员、保洁人员及分院相关人员进行了消毒隔离、卫生洗手等知识培训，以杜绝交叉感染，提高自我防护意识;

4、对 132 名新上岗职工进行了医院感染概论、医疗废物管理知识培训与考核，考核合格率为 100%;对新入院实习医生、护士进行了医院感染知识培训，使他们对医院感染概况有

一个初步的认识;

5、对医生进行《医院感染诊断》《合理使用抗生素》，《现患率调查》人员培训;

6、为保证现患率调查的顺利进行，10 月份对参加现患率调查的 24 名医生，进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表项目填写、医院感染诊断标准等知识培训。7、10 月份对护士长进行导管相关性感染、呼吸机相关性肺炎、留置尿管致尿路感染，消毒隔离制度等方面强化培训，并进行了现场考核。

9、对全院医生进行了卫生洗手考核，无菌技术操作等知识培训及考核。共考核临床医务人员 105 人，合格率为 95%;

八、加强了医疗废物管理

我院医疗废物管理工作经过几年的摸索、前进，已经走上了规范化管理的轨道。院感科不断完善各项，加强监督管理，明确各类人员职责，落实各类人员责任，进行各类人员培训，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。针对我院下午电梯运行压力较大的问题，制定并下发了《进一步加强医疗废物管理的通知》，及时调整了收取时间和流程，增加了临床科室医疗废物上门收取次数，更好地解决了临床科室的医疗废物及时包装后的存放问题。

九、20__年医院感染工作设想

1、配合医院流程化管理的总目标，完善医院感染管理的各项流程。

2、编印《医院感染诊断标准》小册子和《医院感染管理手册》，提高医院感染诊断水平和监测的准确性，提高规范化程度。

3、制订“重点部位预防感染标准操作规程(SOP)”如手术部位感染的 SOP、医院内肺炎的预防与控制 SOP、手卫生 SOP、导管相关血流感染 SOP、ICU 环境清洁、消毒的 SOP，并监督实施。

4、加强部门合作，变“单兵作战”为“集团军作战”。加强与护理部、质控办、医务处、总务处、设备科及临床医技科室的协作，将医院感染管理完全融入医院质量管理之中。签订医院感染管理责任书，建立循责制度。

5、继续加强医务人员手卫生管理，大力推广手卫生在感染控制中

重要地位的宣教与考核，提高手卫生依存性。

6、开展多重耐药菌的监测。

7、制定 ICU 三种导管相关感染监测(呼吸机相关性肺炎、导管相关血流感染、导尿管相关尿道感染)

8、加强抗生素合理使用，缩短术后用药时间。

9、加强对全院医务人员的培训，逐步营造医院感染“零宽容”的理念，全方位、大幅度控制医院感染的危险因素。

2022 年院感工作总结 篇 4

一、召开“院感专业委员会”会议：

6月5日，由刘媛副院长主持，刘奇杰副院长、医教科、办公室、药械科、门诊部及各临床科室主任、护士长等 25 人参加的“院感专业委员会”会议顺利召开，会议首先通过了调整“医院感染管理委员会”及各科室“院感质量控制小组”成员名单的决议;通报了 20__年上半年院感工作和医院环境生物学、消毒灭菌物品监测结果。分析了 20__年上半年发生的院内感染病例情况。并认真讨论了院感工作中存在的问题。最后院感委员会委员对我院感控制工作提出三点要求：一是感染控制工作需要各部门的密切配合及全院医务人员的积极参与，要求医务人员应充分认识到医院感染控制的重要性，提高防控意识，保证医院感染的质量控制。二是要求各科室严格落实医院感染控制的各项制度及预防措施。三是科主任、护士长应各负其责，监管好本科室感染控制的每个细节，认真做好自查自纠，防患于未然。

二、加强院感质量控制，保证医疗护理安全：

1、每月组织院感质量控制小组，按“医院感染控制质量考核标准”，对各科室消毒隔离措施落实、手卫生、院感病例上报等进行检查考核，对环境卫生学及消毒灭菌物品进行生物监测。针对存在的问题及监测不合格等情况，及时反馈、整改，至合格。

2、平时注重加强对重点科室、重点部位的监督、检查。对新生儿室、产房存在的医护人员进出不能及时更换工作服、佩戴帽子、口罩及手卫生等问题，及时与科室主任、护士长沟通，要求给工作人员配备需要更换的工作衣、工作鞋。主管院长多次在行政查房中要求科主

任、护士长要高度重视新生儿室的院感工作，加强消毒隔离措施的落实和手卫生的管理，使此项工作得到改善。

3、及时应对医院感染的发生。20__年4月24-25日妇产科、儿科4例发生新生儿感染“轮状病毒感染性肠炎”。事件发生后，科室及时上报，护理部组织人员及时采取有效措施进行控制，及时进行流行病学调查，在大家的共同努力下，使院内感染事件及时得到控制。

4、针对自治区卫生监督所3月28日对我院“医院感染控制、传染病”管理工作进行的综合执法检查中存在的问题，指导相关科室进行整改，并协助制定消毒登记本，规范医疗废弃物的交接程序及标示。

5、协助功能科制定院感控制工作制度，成立院感质量控制小组，建立消毒登记本等，并指导落实执行。

三、对重点部门进行专项检查：

5月29日8时，结合医院下发“关于进一步加强我院麻疹防控工作的紧急通知”的文件精神，护理部(院感科)对全院及重点部进行了专项检查，本次检查包括传染病的预检分诊、手卫生依从性、职业暴露等内容，随机抽查了医生和护士对相关知识的掌握情况。并督促相关科室做好消毒隔离以及医护人员的防护，提高防控意识，认真履行，有效预防和控制医院感染的发生。

四、加强培训，不断提高医务人员院感知识：

为做好人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制工作，护理部以《人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术指南(20__年版)》为指导教材，于4月7日下午与医教科共同举办了全院医务人员“人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术指南”和“医院隔离技术规范(节选)”知识培训。为使“人感染 H7N9 禽流感”防控措施落实到位，4月16日护理部会同门诊部对预检分诊工作流程，发热病人接诊及消毒隔离措施等内容进行现场培训。4月17日，再次对医疗垃圾暂存间工作人员和全体保洁人员进行“职业防护”、“手卫生”及“消毒液配药知识”强化培训。通过培训，使全院医务人员及重点岗位工作人员熟练掌握了“人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术”。为确保我院“人感染 H7N9 禽流感”防控措施落实到位发挥了积极作用。

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/445030334032011110>