

院感工作总结十篇

院感 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 月份对手术室空气进化设施进行维护-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)

院感工作总结 篇 2

本年度，在医院领导的正确领导和大力支持下，认真贯彻落实卫生部颁布的《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，强化环节质量管理及全院医院感染知识培训，严格质量监测及考核，降低了医院感染发病率，保证了医疗安全，全年 1—12 月份感染办共监测出院病人 14501 例，96 人发生医院感染，医院感染率为 0.7%。器械消毒合格率 100%，抗生素使用率 60%，无菌切口感染率 0，有效的控制了院内感染，确保了医疗安全。现全年工作总结如下：

一、健全组织，完善管理

为了进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，充实了感染管理委员会及感染监控小组成员，成立了感染质量检查小组，负责每月的感染质量大检查，完善了三级管理体系，将任务细化，落实到人，每周在院周会上及每月的质量控制反馈会上通报一次感染管理工作存在问题，各科感控组长负责整改，逐步落实各项工作，使院感工作得到持续改进。

二、加强质量管理，确保医疗安全

(一) 质量控制：每月进行一次大检查，每周随即检查，系统调查收集、整理、分析有关医院感染情况，对存在问题及时反馈、整理，

有效的预防和控制医院感染，全年编写医院感染信息两期。向全院医务人员及时通报医院感染动态，医院环境卫生学监测情况，医院感染发病率及漏报率，对存在的问题，进行原因分析、总结，提出改进措施，并向全院通报。

（二）环节质量控制

1、加强重点部门的医院感染管理：手术室、供应室、产房、新生儿科、口腔科、胃镜室、治疗室、换药室等感染管理重点科室，每周不定时检查，做到日有安排，周有重点，专项专管，制定各重点科室感染质量检查标准，按照医院感染质量检查标准对手术室重点检查手术后各类器械清洗，消毒及室内消毒效果监测，对新生儿科督查环境管理，工作人员管理，各种物品的消毒等，降低医院感染发生率。对供应室重点督查器械的清洗、干燥、包装、灭菌程序及灭菌器械的合格率，灭菌器的监测等。对产房重点检查医疗废物的处理，各类器械的用后清洗、消毒及个人防护。口腔科的车针、手机、扩大针等供应室回收处理、制作成纸塑包装等等，使各重点部门感染管理制度落实到实处。

2、强化卫生洗手：手部清洁与人的健康密切相关，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染给病人，为此为医务人员提供洗手设施及洗手液、快速手消毒液等，大大提高了洗手质量，减少了院内感染。

三、加强医院感染监测及监管，提供安全的医疗环境

1、采集临床感染病历，统计每月医院感染发生率，感染部位及病原菌检测情况，分析医院感染危险因素，提出防控措施。

2、每月进行环境卫生学监测：监测对象以重点部门为主，每月对重点部门的空气进行监测，每季度对物体表面、工作人员的手进行监测，并将监测结果进行汇总分析，通过院通讯反馈给各科室。 医院环境卫生学监测情况：共监测空气、物体表面、医务人员手表面情况共127份，合格数119份，不合格8份，合格率94%。其中空气93份，合格数85份，合格率91.4%；物体表面12份，合格12份，合格率100%；医务人员手表面14份，采集的对象主要是医生、护士、实习生、

进修人员，合格数 14 份，合格率 100%。消毒液 8 份，合格 8 份，合格率 100%。监测血透中心使用中的透析液、反渗水共 2 份，合格 2 份，合格率为 100%。

3、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、门诊等使用中的紫外线灯管强度进行监测，共监测灯管 16 支，合格 16 支，合格率 100%。循环风消毒机 32 台，每月检查过滤网的清洗，每半年统一换一次灯管，消毒效果均达标。

4、对购入的消毒药械，一次性使用医疗卫生用品进行监督管理，审核产品的相关证件。

5、本年 5 月份感染办开展了住院病人现患率调查，调查前对 14 名参加现患率调查的监控人员进行了调查方法、医院感染横断面调查个案登记表的填写，医院感染诊断标准等知识培训。顺利的完成了调查。

调查结果：无医院感染发生。

6、对医务人员职业暴露进行了监测：严格要求医务人员执行标准预防措施，尽量避免职业暴露，并对职业暴露进行监测登记。

7、开展了多重耐药菌的监测：对全院医务人员进行多重耐药菌知识的培训，每周不定时了解致病菌检测结果，如发现多重耐药菌感染，查明所住科室，通知科室主任、护士长并签名，要求采取隔离措施，加强工作人员自我防护，避免交叉感染。

四、沉着积极应对突发事件

加强 AFP 及麻疹的预防和控制，针对我区和我县相继出现的 AFP 及麻疹等疫情，我科每天下病房、门诊进行督导，及时发现消毒、灭菌、隔离等方面存在的问题，及时纠正整改，同时加强医疗废物分类和收集处理，严防因管理不善引起的感染暴发，确保了儿童的身体健

五、实行规范化，流程化管理

编制医院感染控制各种流程，如洗手流程、医疗废物处理流程、职业暴露处理流程、医院感染暴发处理流程、医院突发公共卫生时间处理流程，以及各种诊疗操作流程等，并组织学习，使工作人员工作

流程化，便于操作，便于记忆。

六、加强医疗废物的管理

对医疗废物暂存处进行了整修，完善各项，专人回收，登记。对医务人员及保洁人员进行医疗废物管理知识培训，使工作人员提高了认识，落实了各类人员职责，使医疗废物分类、收集、储存、交接等做到规范化管理。

通过一年的努力工作，使医院感染质量上了一个新台阶，降低了感染发病率，提高了工作人员素质，为医务人员及患者提供了一个安全的工作环境及就医环境，提高了医院的经济效益和社会效益。

院感工作总结 篇 3

根据毕节市中医院《20xx 年病房医院感染管理质量考核评价标准》、《20xx 年门急诊医院感染管理质量考核评价标准》、《20xx 年手术室医院感染管理质量考核评价标准》等相关要求，20xx 年 6 月 27 日-29 日，院感办对医院 16 个临床科室进行第二季度医院感染管理质量综合检查，总结如下：

一、 检查结果（见《20xx 年第二季度院感检查汇总表》）

二、 存在问题

（一）组织管理

- 1、胃镜室、供应室各项规章制度不完善，有关医院感染管理知识培训记录不完整。
- 2、个别科室氧气筒未标识“满”或“空”。

（二）环境管理

由于场地有限，血液透析室分区、布局不合理，存在医疗安全隐患。

（三）消毒隔离

- 1、部份科室未注明消毒剂名称，个别科室消毒剂未完全浸没医疗器械。
- 2、个别科室使用中戊二醛、“8.4”液浓度监测不合格。
- 3、个别科室拖把无标识，未分区使用。
- 4、个别科室皮试液、输液用药配制放置时间超过 2 小时。

5、个别科室无菌溶液未注明开启时间

（四）标准预防

1、部份科室护理人员标准预防执行不规范，口罩未完全遮盖口、鼻。

2、部份科室未进行手卫生相关知识培训，医务人员手卫生依从性差。七步洗手不规范，个别工作人员没有掌握七步洗手方法。

（五）医疗废物管理

个别科室医疗垃圾未分类、锐利类医疗垃圾未放入利器盒。

三、整改措施

1、加强全院医务人员医院感染管理相关知识培训，提高对医院感染管理工作重要性的认识。

2、充分发挥科室感染管理小组人员在预防医院感染管理工作中的作用，进一步加强对本科室人员的培训力度。

3、进一步加强院感科对各临床科室院感工作的督导。

附：1、《20xx 年第二季度院感检查汇总表》

2、《20xx 年第二季度各临床科室院感检查存在问题》

院感科

二〇XX 年七月一日

院感工作总结 篇 4

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，各科室均有弹簧称，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。

院感工作总结 篇 5

在医院感染委员会的领导下，按医院感染管理工作的要求，积极

完成了各项工作，经常对病房、手术室、检验科、供应室等重点部门进行重点督查，对可能发生医院内感染的重点环节、重点流程、危险因素进行逐一检查，对检查中发现的问题现场进行指导，并提出整改意见，要求限期整改。现将工作情况总结如下：

一、医院感染监控工作开展情况

1、医院成立了组织机构，制定了相关院感制度。并进行了院感知识的培训及考试。

2、医院感染管理能按照标准进行各项工作，每月有检查记录。

3、对全院进行了院感漏报率抽查，抽查病历 240 份。

4、以科室和医生为单位，每月对抗生素联合用药进行了检查。

5、对Ⅰ类切口手术使用抗生素进行监测统计，增加了手术感染风险监测统计。

6、各种登记本规范记录，高压消毒物品有记录，消毒包内有指示卡监测、包外有指示胶带监测。

7、医疗废弃物处理有记录，学习了洗手法，手卫生得到进一步规范。规范了医院的拖帕清洗池，以颜色区分各种不同用房的拖帕清洗。

8、每月对病房、手术室、检验科及门诊治疗室等重要科室进行一次院感监测。检测项目有：空气、物表、台面、酒精、碘伏、工作人员手等。

9、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，使其合格率达 100%。环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测情况：

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染，20xx 年度院感科加强院感采样监测，对全院各科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、供应室、病房等重点科室的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。全年全院共采样 157 份，其中空气采样培养 98 份，物体表面采样培养 17 份，医护人员手采样培养 19 份，酒精采样培养 5 份，碘伏采样培养 6 份，碘酊采样培养 2 份，高压灭菌物品采样培养 9 份，手消毒液采样培养 1 份。合格率 98.09%。之后院感办对不合格的 3 份采样培养进行了原因分析、反馈及整改，对不合格的 3 份重新做了

采样培养，合格率为 100%。

10、落实临床科室医院感染监控小组，按照医院感染管理责任要求，严格执行医院感染相关法律法规并落实各项规章制度，充分发挥监控医生、监控护士等医护人员医院感染管理工作职责，将医院感染管理工作落实到位。

11、加强医疗废物管理，确保环境安全

医院医疗废物和污水处置严格按照《医疗废物管理条例》和卫生行政部门关于医疗废物处置的管理规定，要求回收人员与临床医技科室严格交接、双方签字,用双层黄色医用垃圾袋装好后密闭转运。院感科不断完善各项规章制度，明确各类人员职责，落实责任制，加强医疗废物管理并常规督察，发现问题及时整改并反馈。为医疗废物转运工作人员进行了体检，配备必要的个人防护用品，并对工勤人员进行培训，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，严防因医疗废物管理不善引起感染暴发，避免医疗废物流失,确保医疗安全。医院污水每日进行余氯监测，并增加了 ph 值监测，确保医院污水达到处理标准。

12、根据卫生防疫要求，对医院二次供水水箱进行了清洗、消毒、抽检，各项指标均合格。水箱巡查人员按规定进行了体检。

二、不足之处有待改进：

1、需进一步加强对一次性使用医疗用品的监督管理，进一步加强对一次性医疗用品及消毒药械的索证把关，确保符合医院感染的要求，达到消毒灭菌效果，并且杜绝重复使用。

2、进一步加强对重点科室、重点部门及重点环节的院感监测，如：手术室、病房、检验室等科室。

3、医院感染管理科的监测工作需更细化、更深层次，降低医院感染率。

4、工作人员手卫生意识有待加强。

5、小部分工作人员对感染性医疗废物与损伤性医疗废物、生活垃圾与感染性医疗垃圾分类不清，需加强学习院感知识。

三、下一步工作要求

1、加强医院感染管理工作，健全健全组织机构，制定。并认真对医院感染进行监测。

2、加强对全院医务人员院感管理、个人防护、无菌操作技术等知识的培训，提高全员的素质，争取全院重视并参与这项工作。

3、加强重点部门的管理工作，不断改善布局及流程，规范器械的清洗、消毒操作规程，采取切实有效措施保证消毒灭菌效果。以保证医疗安全。

4、全员培训《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》，进一步规范医疗废物的管理；规范使用医用垃圾袋及利器盒。

院感工作总结 篇 6

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20xx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20xx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

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/447134131146006042>