

医院感染管理小组年度工作总结

医院感染管理小组年度工作总结（通用 27 篇）

时光荏苒，白驹过隙，一段时间的工作已经结束了，这是一段珍贵的工作时光，我们收获良多，好好地做个梳理并写一份工作总结吧。工作总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？下面是小编为大家整理的医院感染管理小组年度工作总结，欢迎大家借鉴与参考，希望对大家有所帮助。

医院感染管理小组年度工作总结 篇 1

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，全年医院感染发病率 3.9%，器械消毒合格率 100%，抗生素使用率 60%，无菌切口感染率 1.8%，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：每月进行二次大检查，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，全年编写医院感染简讯四期。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，医院细菌耐药情况，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。全年共监测取样 181 份，其中空气 122 份，合格 116，不合格 6 份，合格率 95%；物表 26 份，合格 26 份，合格率 100%；工作人员手监测 21 份，合格 20 份，不合格 1 份，合格率 95%；无菌物品 10 份，合格 10 份，合格率 100%；消毒液 2 份，合格 2 份，合格率 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 45 支，合格 40 支，不合格 5 支，合格率 89%。循环风消毒机 35 台。没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，复印件进行保存。

5、本年10月份感染科开展了住院病人现患率调查，调查前对12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：医院感染率3.9%，抗生素使用率60%。

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：每周不定时了解致病菌检测结果，发现多重耐药菌感染后，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

加强手足口病的预防和控制，针对我省和我市相继出现的手足口病疫情，控感科每天下病房、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康和生命安全。

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，完善各项规章制度，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。

七、加强宣传和培训，提高医务人员感染意识

元月份：对保洁人员进行了“医疗废物管理，病房消毒隔离”培训

二月份：对新生儿科全体护理人员进行了“婴儿培养箱”的安装、

拆卸、消毒、存放，呼吸机的拆卸、消毒、安装的培训

三月份：对全院护理人员共 134 人进行了“医院感染预防和医院重点部门的管理”的培训，并组织考试，均合格。

四月份：对全院临床医生及辅检人员 102 人进行了“医院感染管理现状”及“手卫生”的培训，组织考试均合格。

六月份：对手术室工作人员 18 人进行了“手术室感染管理”培训。

十月份：对新上岗人员 58 人进行了岗前培训内容“医院感染与感染管理”，考试均合格。对感控医生进行了现患率调查的培训。

通过培训提高了医务人员的感控意识和感染知识，把一些新观念、新思想吸引了进来，使医院感染工作规范化。

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。

医院感染管理小组年度工作总结 篇 2

20xx 年，院感科在院领导的正确领导和全院各科室的大力支持配合下，加强医院感染管理，确保院感科各项工作的顺利开展，但仍存在着若干问题需要解决和改进。现将 xx 年的医院感染管理工作总结如下：

一、加强院感质控工作，特别是对重点科室和重点环节的管理和监督

1、每月根据院感检查标准对全院各科室，尤其是供应室、手术室、产房、人流室、化验室等重点科室进行不定期检查、督导，发现问题和院感隐患，及时进行书面反馈，科室找出原因，制定整改措施，院感科根据整改措施，跟踪检查改进效果。

2、加强对重点环节的监督、检查，重点抓了手卫生规范、消毒隔离制度、无菌技术规范以及医疗废物管理规范的落实，发现不落实的，及时反馈、制止。减少交叉感染和院感发生的机率。

3、每月对所有病房、门诊、物业保洁进行 1 次全面督导、检查，检查各科室消毒隔离、无菌技术、医疗废物管理、手卫生执行情况以及科室院感控制管理工作、发现问题和隐患及时反馈，提出整改意见，

跟踪检查整改效果。

二、加强医院感染监测

1、进行环境卫生学监测，每月对全院科室进行空气、物体表面、消毒液、工作人员手等采样监测细菌生长情况及消毒灭菌效果监测，每月进行总结。

2、紫外线灯管的检测除科室测外。院感科对紫外线灯的强度每半年监测一次。

3、对压力蒸汽灭菌每周进行生物监测，每日进行预真空试验，每锅进行化学、物理检测，并记录监测结果。

4、全年灭菌效果的监测合格率为 100% ，生物监测合格率为 100% ，空气细菌培养合格率 90% （整改后为 100% ），物体表面细菌培养合格率 99% （整改后为 100% ），医务人员手细菌培养合格率 99% ，（整改后为 100% ）消毒液染菌量检测合格率 100% ，合格率均高于去年。

三、加强医疗废物管理

重点加强了日常对医院医疗废物、污物处置的督导工作，医疗垃圾和生活垃圾严格分开，医疗废物在产生科室即分类收集，标识清楚，密闭运输，医疗废物在暂存地存放不超过 48 小时，发现问题，及时反馈、整改，确保了医疗废物管理的及时性和有效性。

四、加强院感防控知识的学习和培训

院感科每年对全院科室进行培训一次。提高了医护人员院感防控工作重要性的认识，提高了依从性。

五、存在的问题

1、全院医务人员执行手卫生规范的依从性仍然不高，各科室落实手卫生制度普遍不得力，存在院内交叉感染的隐患。

2、部分医务人员及物业人员缺乏无菌观念，执行消毒隔离制度和无菌技术不严格。学习、执行消毒隔离的依从性差，存在交叉感染的安全隐患。

3、我院院感培训方面做得不足，准备下一年克服各种困难加强培训次数。提高医护人员院感防控工作重要性的认识，及时消除医疗隐

患。

医院感染管理小组年度工作总结 篇3

20xx 年我院的医院感染管理工作，始终围绕“三好一满意”这一主题，从建章立制到措施落实，坚持以患者满意为宗旨，以降低医院感染率为目标，逐步使我院的医院感染管理工作逐步走向规范化、制度化。在全院每一位职工的共同参与下，全年未发生医院感染的暴发流行，圆满完成了年初制定的工作计划，现总结如下：

一、完善制度及操作流程

今年初，为了使我院的医院感染管理工作再上一个台阶，感染管理科根据《医院感染管理办法》，结合卫生部 20xx 年颁布的《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》等法律法规的要求，对重点部门感染管理制度及部分操作流程进行了修订，使医务人员在医院感染管理上有章可循。第二季度，按照医院安排，制定了新的奖惩方案，使医院感染管理制度得以很好的落实。

二、开展全方位医院感染监测工作

根据卫生部《医院感染监测规范》及等级医院复审的要求，我们开展了全方位的医院感染监测工作。

1、综合性监测：

全年共监测住院病人 28835 人次，发生医院感染 187 人次，医院感染发病率为 0.65%，比卫生部要求的 $\leq 8\%$ 相比，还处于较低发病率水平，但不容忽视的是由于我们医师主动报告意识差，仍存在着医院感染的漏报现象。全年无菌手术切口感染 0 例，无菌手术切口感染率为 0。患病率调查，应调查患者 611 例，实查 610 例，实查率：99.8%（卫生部规定实查率 $\geq 96\%$ ）。610 例患者中共发生医院感染 12 人，医院感染现患率：1.96%。感染例次 12 例，例次感染率 1.96%。调查结果显示，比 xx 年医院感染现患率 1.28% 稍高。应成为我们明年医院感染管理的重点。

2、目标性监测

1)ICU 医院感染监测：对 ICU 进行了导尿管相关泌尿道感染、血管内导管相关血流感染以及呼吸机相关性肺炎监测。其中导尿管使用

220 人，留置 1760 日，感染 9 人次，留置导尿管相关泌尿系感染的发病率为 5.11%，中心静脉插管 110 人次，留置日数 810 日，感染 1 例，相关感染血管导管相关血流感染率为 0.12%，呼吸机使用 24 人次，使用日数 87 日，感染 1 例，呼吸机相关肺炎的发病率为 11.5%；

2)手术部位感染监测：20xx 年元月份开始，我院感染管理科在普外科开展了阑尾切除术、骨科植入物手术的切口感染情况的目标性监测。共监测阑尾手术 258 台，手术部位感染 7 例，感染率 2.71%。监测植入物手术 485，无发生感染病例。

3)细菌耐药性监测：20xx 年 1 月 1 日至 11 月，细菌室共分离出多重耐药菌株 59 株，(其中以 ESBL 阳性的大肠埃希氏菌为主，占 75%，其次多重耐药的鲍曼不动杆菌位居第二位，占 12.5%，MRSA 占第三位，占 6.77%，其次还有铜绿假单胞菌等。)今年与去年相比，多重耐药菌的检出比例较上年有所上升，原因在于今年各科的送检率均有提高。

3、环境微生物及消毒灭菌效果监测：对全院重点科室环境微生物监测 562 份，合格 550 份，合格率为 97.8%，对不合格的科室进行整改，重新监测合格；无菌物品监测 145 份，合格率 100%；高压灭菌器生物监测 144 次灭菌，合格率 100%；合格率 100%；低温等离子生物监测 52 锅次，合格率 100%，紫外线灯管检测，全年两次共检测灯管 234 支，合格 229 支，合格率 9.9%，对不合格的灯管要求及时更换并重新检测强度。保证了医疗安全。

三、尽力做好医院感染管理与控制工作

1、减负增效避免形式化的感染管理：以二甲复审工作为主线，本着既减轻临床医务人员的负担，又能提高全员的医院感染控制意识为前提，召开了全院医院感染管理委员会会议，对全院临床科室的监控人员进行培训，使他们掌握了医院感染管理持续改进的工作方法，将医院感染病例登记、多重耐药菌感染病例登记、科室质控与护理部质控合并等。

2、从手卫生工作切入，提高全员的感控意识：做好手卫生可以降低三分之一的医院感染，本着这一理念，我们在全院强力推进手卫生

工作。首先在全院统一手卫生设施，提倡使用皂液、干手纸，在换药室、治疗室等处张贴手七步洗手法图示。同时进行了多次的医务人员手卫生培训，提高医务人员的手卫生知识，提高他们的手卫生意识。将医务人员手卫生常态化管理，实行手卫生监督工作的逐级监督，科室自查、院抽查，不断提高手卫生依从性。

3、主动干预医院感染的高危因素，降低医院感染感染的发病率：针对 ICU 病人病情重，插管多，容易发生感染的实际情况，我们经常深入 ICU 病房与医护人员主动沟通，与医务人员共同探讨学习感染的诊断标准及各项操作规程，使医务人员从开始的排斥到目前已逐渐接纳，能主动采取控制医院感染的措施，例如正确选择导管，熟练插管技术及有效护理，适时拔出导管以降低医院感染率。对 ICU 中心静脉导管、留置导尿管、呼吸机辅助呼吸患者每日进行撤管指征评估，及时进行撤管，有效降低导管相关感染发生率。

4、配合抗菌药物合理使用工作，强化手术部位感染控制：

按照抗菌药物专项整治工作要求，无菌手术抗菌药物使用率大幅下降，势必增加了手术切口感染的风险。针对这一情况，我们继续开展手术切口感染的目标性监测，加强手术切口感染的预防与控制措施的落实，如备皮的时机选择为术前即刻，备皮方式提倡不刮毛、提倡术中保温、强化术后引流及手卫生等环节控制，减少手术切口感染的危险因素，努力降低手术切口感染发生率。

5、减少环境微生物监测频次：根据新版《医疗机构消毒技术规范》、《医院空气净化管理规范》、《消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》和《医疗机构手卫生规范》等要求，从下半年及时调整了我院环境微生物及消毒灭菌效果监测的频次，杜绝了形式化的感染控制，将有限的资源用在感控的高危因素控制上。

6、暴发应急演练，提升医务人员的应急能力：根据等级医院评审标准要求，于7月25日进行了外科手术部位感染暴发应急处置模拟演练。通过演练提高了医护人员对医院感染暴发事件的认识，使医护人员掌握了医院感染暴发的应对措施，提高了临床对医院感染暴发事件的应急处理能力。

7、做好消毒供应中心的指导、监督工作，提高器械的清洗消毒灭菌质量：按照《消毒供应中心管理规范》及省厅文件精神的要求，第一季度我们在院领导的部署下，与护理部、消毒供应中心、手术室一道多方协调，对未集中清洗的器械逐渐统一回收到消毒供应中心集中处理，保证了我院消毒灭菌的质量。

8、强化多重耐药菌监测控制工作，减少多重耐药菌的医院感染：从临床科室送检高质量的标本入手，我们对全院医务人员进行了如何送检标本的培训，提高了细菌培养的阳性率。同时为减少多重耐药菌的院内传播，我们对检出的病例进行及时的跟踪，指导临床采取接触隔离措施，严格执行手卫生和无菌技术操作规程，加强环境清洁，器械专用及消毒等，努力降低多重耐药菌的医院感染。

9、保洁工作规范化，保证患者的就医环境清洁化：清洁的环境是WHO提出的清洁医院的重要内容之一，我院现有保洁公司保洁程序不规范，保洁的质量不高，护士长多次反映，为此我们根据《医疗机构消毒技术规范》的要求，加强了对保洁员的培训，对科室护士长统一要求，对新进的保洁员进行培训后方能上岗，使保洁员掌握了保洁的标准，提高了保洁的质量。

四、加大医院感染培训力度。

提高全员的医院感染控制技能培训是提升医务人员医院感染控制认知的主要方式，为此今年我们举行了不同层次、不同类别医务人员的院感知识培训共计9次，培训人群覆盖全院员工。通过培训让他们了解医院感染预防的新理念，让全体职工时刻想到医院感染就在身边，主动采取措施控制医院感染是自己的职责，使病人的医疗活动更加安全。

五、职业防护工作

全年医护人员上报职业暴露11例，其中护士7人，医生4人，均按照职业暴露处理程序给予及时处理。针对锐器伤日益增多的趋势，我们在强化职业暴露管理工作的同时，开展了全员职业暴露的培训，对血液透析室、医疗废物转运等重点科室人员进行免疫接种，以减少医务人员职业暴露的发生率。

1、目标性监测工作仍处于摸索阶段，未真正将监测与监控结合起来，在指导临床医院感染预防控制工作方面还需进一步加强。

2、手卫生依从性还需进一步的提高。

3、我院部分医务人员在医院感染预防控制工作中还存在着“你推一推，他才动一动”的被动思想，所以感染管理工作要改变医务人员的被动“让我做”到医务人员的主动“我要做”，需要有一个漫长的过程，我们仍要不断的努力。

总之，医院感染管理工作与医疗活动联系日益加深，需要我们去学习和积累，需要我们密切的与临床医务人员进行沟通，更需要院领导及全院员工的同心协力，以不断推动我院的医院感染管理工作向更高的层次迈进。

医院感染管理小组年度工作总结 篇4

随着医学发展和医学模式的转变，医院感染在医院管理中占据了重要的地位。医院感染不但关系到医患双方的健康而且影响到医院的医疗质量。在院领导的重视和关心下，从组织落实开始，到严格管理制度，采取多种措施，使保健院的院内感染管理逐步规范化、制度化。为了今后进一步搞好院内感染管理工作，现将医院本年度院内感染控制工作总结如下：

一、领导高度重视。

保证院内感染管理工作的顺利开展院领导高度重视医院感染管理工作，院长直接担任医院感染管理领导小组组长，指导院感办开展日常工作，第一注重依法管理，按照规范开展医院感染管理工作。不断学习法律、规范，贯彻执行《传染病防治法》《消毒技术规范》《医院感染管理规范》和各项政策法规，院领导强调依法行医，规范管理。由于院领导的重视和院感办主任认真负责的管理，我院职工的法律意识和控制院内感染的意识不断强化。第二为有效的控制医院感染，保证医疗质量，院领导重视重点科室的建设，对产房、手术室、新生儿科、检验科等重点科室严格按照医院感染管理要求配置基础设施。第三把控制高危科室的医院感染作为工作重点，经常到临床第一线了解

及时与相关部门沟通设法解决，脚踏实地的开展工作。

根据卫生部规范要求逐步完善了各项规章制度，配备了专职的院感工作人员，保证了医院感染管理工作规范有序的开展。医院成立的院、部、科室三级医院感染管理网络起到了有效的职能监控作用，按照职责制订了医院感染管理质量考核标准，每月根据考核标准进行质量检查，对质量检查结果组织讨论和考核，同时根据医院感染管理方面存在问题制定改进措施，规范地开展医院感染管理工作；同时各科医院感染管理质控小组每月向院感办报告住院病人的院内感染、消毒隔离监测情况，根据科室院内感染存在问题组织医务人员讨论；各级院内感染监控人员履行了院内感染管理的相应职能，从而使院内感染管理工作进一步完善。

在医院感染管理中，规范、认真落实各项规章制度，特别是医疗废物管理制度、院内感染消毒隔离制度、一次性无菌医疗用品使用的管理制度、院内感染管理检查制度、院内感染管理教育培训制度、医院感染管理考核制度等。

三、加强院感知识培训。

提高全院职工控制院内感染意识结合本院实际，营造氛围，院感办组织开展了一系列的专题讲座和院内感染培训，并利用互联网及时了解国内外医院感染的现状和原则，控制方法的新进展，对全院医务人员人员进行预防、控制医院感染相关知识培训。xx年全年对我院医务人员及后勤人员培训考核4次，试用期人员培训考核2次，实习生、进修生培训考核2次。增强大家预防、控制医院感染意识；提高医院预防、控制医院感染水平。在全年的院内感染控制工作中，由于院领导的高度重视，及各科室的积极配合，工作开展比较顺利，取得了良好的效果。

四、进一步完善管理制度并贯彻落实

医院感染管理制度是搞好医院感染的基础和重要保证。为提高我院的院感工作质量和成效，制订了一整套科学实用的管理制度来规范

《消毒隔离管理制度》，《院内感染综合评分细则》，《院内感染自查质控反馈》，《院感质控员月考核标准》，《医院感染管理质控罚则》。定期或不定期对照我院的院感制度、规范、细则对各科室医院感染管理质量检查、评估、评分，查制度落实情况，查操作规范，从环节上层层深入。院感办定期检查制度落实情况，充分发挥制度的约束作用，使各项工作落实到实处。

感染管理办法》及卫生部《血液透析室建设与管理指南》的要求，结合我院实际情况，查阅了相关规范，参观了几家血液净化中心，请教了有关血透专家，并在上级部门及专家组的具体指导下，院感科参与了血液透析室的布局流程、设施设备规划，人员配备、各种制度规范的建立，开诊前的院感监测、消毒药械及一次性物品的索证，医护人员的培训、考核等规范要求，使之符合卫生部的有关规要求。血透室于2000年0月0日通过卫生局专家组的评审验收，9月1日正式开诊。

篇5

在医院的正确领导大力支持下，院感科积极工作，进一步健全落实院感组织网络，严格管理制度，开展必要的监测检查工作。医院各科室有力配合，护理部切实抓好科室消毒隔离技术操作、无菌技术操作及检查考核，临床科室及时认真填写和上报科室院感病例，院感科做好院感病例的监测与分析，指导临床科室控制医院感染。通过以上工作，xx年，我院院感病例共5例，院感率0.9%，全院无医院感染暴发流行，有效将医院感染控制在较低水平。

一、健全组织，制定和完善医院感染管理规章制度

今年3月医院调整了院感委员会，健全了院科两级院感质量控制管理体系。根据《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《中华人民共和国传染病防治法》、《消毒管理办法》、《医疗机构医疗废物管理办法》、《内镜清洗消毒技术规范》、《传染病信息报告管理规范》等相关法律法规、规范、规章，结合我院实际情况修订了医院的医院感染管理，传染病管理制度、职责、措施、流程等。

进一步完善了医院感染的质量控制与考评制度，制订了医院感染质量综合目标考核标准，根据综合目标进行督查反馈，全面检查和梳理有关医院感染预防与控制的各方面工作，认真排查安全隐患，为保证院感安全，切实抓好院感重点部门、重点环节的管理，特别是手术室、产房、检验科、治疗室、急诊科等重点部门的医院感染管理工作，防止医院感染的暴发流行。

三、根据传染病的管理要求，加强传染病的院感防控

进一步加强内科门诊、发热门（急）诊等重点场所的管理，认真贯彻落实传染病医院感染控制要求，加大医院感染防控力度，规范工作程序，特别是对全院医务人员，加强了传染病的防治和自身防护知识的培训，严格落实了院感防控和个人防护措施，防止发生院内交叉感染，积极配合有关部门，共同做好疫情防控工作。

四、根据院感管理要求，做好病例回顾性调查

xx年，全院共出院病人5456人次，其中外科出院2205次，内科出院2596人次，妇产科出院655人次，其中外科感染病例共3例，感染发生率为0.14%；内科医院感染病例有1例，感染发生率为0.038%；妇产科医院感染感染有1例，感染发生率为0.15%；中医科、五官科、肛肠科医院感染发生率均为0%。

五、抓好环境卫生学、消毒灭菌效果及手卫生监测工作

为规范全院各项消毒灭菌工作，预防院内感染，院感科加强院感采样监测，委托县疾控中心对全院重点科室进行了消毒灭菌效果监测，同时加强对手术室、产房、护理部等高危区的环境卫生学监测及医务人员手卫生的监测。对全院各临床科室、医技科、门诊的空气进行了监测，合格率达100%。

六、加强医疗废物管理

院感科不断完善各项规章制度，明确医疗废物管理人员职责，落实责任制，加强医疗废物的管理并常规督查，发现问题及时整改并反馈。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医院感染暴发。重新设计医疗

新选址改建。是的医疗废物的管理过程更符合实际，减少了污染和医护人员受伤害的机会。

进行了四次医院感染知识培训，参加人员包括全院医务人员，共118人次，培训内容为：①院感基础知识培训，②抗菌药物临床应用指导原则、解读多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）、③医疗废物的处理，④医院感染病例的诊断标准、手卫生标准预防，解读“二乙医院”院感有关标准。

通过培训，全院医务人员及工勤人员对医院感染的重视。医务人员无菌操作意识得到了增强，争取人人做到“有菌观念，无菌操作”。

八、消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理

为加强消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的管理，院感科对其使用进行常规督查及定期抽查。对消毒药械及一次性使用无菌医疗用品的抽查是每季度一次，方法是从临床科室采样，到物质库房索证。结果各证齐全，全部合格。

九、积极参与医院建筑设计

在新建病房楼时，建议使用感应性水龙头、重点科室配备干手纸，院领导同意并已经实施到位，投入使用。此措施大大提高了我院医务人员的手卫生依从性。建议治疗室和换药室的空气消毒全部采用悬挂式紫外线消毒机动态臭氧空气消毒机，其中悬挂式紫外线消毒实施不到位，将进一步完善，争取落实到各科室。

十、虽然我科做了大量的工作，但是还是存在很多问题：

- 1、医院感染环节质量需进一步加强。
- 2、临床感染管理小组尚未充分发挥其作用。
- 3、感染监测结果应定期向临床科室反馈。

4、部分临床科室医生对院内感染重视程度仍不够，对病人的有关院内感染的诊断及病情分析方面存在欠缺，医院感染登记表不能及时报送。

5、各临床科室医护人员无菌观念、手卫生知识仍需加强。

题，不断完善和提高。不断总结经验，虚心学习，争取“二乙医院”顺利通过。

篇 6

院感科上半年在医院感染管理委员会的正确领导下，认真贯彻落实《医院感染管理规范》、《传染病防治法》及《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规，认真执行医院感染管理制度，加强医院感染环节质控、加强传染病报告及管理，并积极与各部门协调合作，有效地控制了医院感染暴发流行及传染病漏报的发生。现将上半年工作的具体情况总结如下：

一、工作有计划、有自查、有督察、有检查、有总结

在规定时间内认真执行年初制定的工作计划，每月自查传染病上报管理工作 4 次，每月督察医院内感染管理 2 次，每月月底进行主题年活动检查 1 次，并对 1-5 月份各类信息上报情况总结通报，有效地杜绝了院感病例及传染病病例漏报情况的发生。

二、加强院感及传染病防治知识培训，提高全院职工学习院感及传染病防治知识的积极性

1.院感专职人员积极参加市卫生局及市疾控中心组织的各类培训学习，积极掌握新发传染病诊断标准、防治知识及院感控制流程。

2.积极参加院外院感知识培训学习，6月13日带领全院11名院感监测员参加由XXX院感质控中心组织的院感学术年会，会上认真听取了四位专家关于《医院感染诊断与鉴别诊断》、《手术部位院感诊断》、《手术室无菌操作原则及换药流程》、《医院环境卫生学采样》等知识的精彩内容。

3.积极组织院内院感预防与控制及传染病防治知识培训，院感知识方面重点加强了院感诊断、标准预防、多重耐药菌等知识进行培训学习；传染病管理方面重点对人感染 H7N9 禽流感、手足口、麻疹等疾病的防治知识进行培训学习，通过培训学习，增强了大家对疾病预防与控制医院感染的意识及学习传染病防治知识的积极性。

三、继续完善各项制度

继续完善了医院感染、消毒隔离、监测等各项制度，进一步落实了各种消毒隔离制度和医院感染管理制度，进一步完善了医院感染预防控制的标准操作流程，完善了一次性使用无菌医疗用品的管理制度和措施、医务人员个人防护措施等。院感科定期督查制度落实情况，充分发挥制度的约束作用，使各项工作落实到实处。

四、指导临床，服务临床

积极主动加强与临床医师的沟通工作，针对少数医生对院感诊断、传染病诊断概念不清问题，耐心督导各临床医师积极学习培训，掌握院感及传染病诊断的各项要求；指导医生认真填写传染病报告卡，引导医生从思想上重视院感防控上报及传染病上报工作；积极做好每日一巡查工作，及时收集院感及传染病上报的各类卡片，谨防迟报漏报的发生。

五、加强院感、传染病管理及各类信息上报

院感科每周不定期对各科室院感及传染病上报工作督查一次，每月对出院病例进行院感病例、传染病病例、死亡病例筛查，1-5月份共筛查出院病例 1752 份。1-5月份全院共上报院感病例 20 例、传染病病例 303 例、死亡病例 13 例。查出院感迟报病例 5 份，传染病迟报病例 10 份，并将 1-5 月份传染病上报情况以简报的形式通报各科室，采取补报措施有效杜绝了漏报情况的发生。针对自查、督察、检查中发现的问题进行原因分析、总结、通报，积极整改，对亮点予以表扬。对上半年院感病例、传染病病例、死亡病例、血透病例、农药中毒病例、食源性疾病病例、职业暴露上报数据汇总并通报。

六、进行院感监测工作

为了减少医院感染的发生及由此造成的损失，及时发现医院感染流行或爆发苗头，有效降低医院感染散发率，及时发现并减少医院感染的危险因素，评价医院感染控制措施的效果，上半年我科继续按照制定的医院感染监测计划进行院感日常监测和目标性监测工作。依据相关标准定期进行医院环境卫生学、消毒药械、紫外线灯管强度等日常监测，监测项目约 200 项次，对超标的个别项目及时进行分析整改；协助张家界市疾控中心完成上半年环境卫生学、消毒药械、紫外线灯

管强度监测工作，对监测超标的项目及时进行分析原因并整改落实到位；积极协助张家界市疾控中心完成上半年透析液监测工作，通过20XX年对透析管道的有效整改，两次监测的所有项目结果均合格。

七、完成院感调查工作

为了贯彻落实卫计委《医院感染管理办法》、《医院感染监测规范》以及《医院管理评价指南》要求，根据XXX医院感染质量管理控制中心《关于开展20XX年XXX医院感染横断面调查》文件精神，我科顺利完成了全院医院感染横断面现患率调查。

八、执行院感审核工作

上半年继续对医院消毒药械和一次性无菌物品的采购及使用进行审核，确保产品合格，使用、保管规范。对医院新修住院大楼的血透中心、手术室、产房等部门履行审核职责，对这些特殊部门的设计、布局进行院感方面的建议，合理改进，尽可能使其符合相关标准。

九、加标准预防及医务人员手卫生工作

1、遵循消毒隔离与标准预防原则，各科室严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度、职业暴露防护制度，各种治疗、护理及换药操作按照规程进行。

2、加强了非结核分枝杆菌医院感染预防与控制工作，使用中的吸氧湿化瓶、雾化器、早产儿暖箱等每日清洁消毒，更换无菌液，用后终末消毒、干燥保存。

3、落实医院环境卫生监测制度。科室每月自测，院感科每季度对重点科室监测。各科室监测登记资料基本及时、准确，监测结果出现不合格时，积极查找原因，采取对策，确保消毒灭菌效果和医疗安全。每季度对各科室和重点院感部门的消毒隔离及监测工作有通报和整改意见。

4、加强卫生安全防护工作，保障医务人员安全，尤其加强了标准预防的培训学习。

5、加强了手卫生宣传和管理，全体医务人员认真执行手卫生规范，不断提高手卫生依从性。不定期抽查抽考医务人员手卫生知识和洗手，大家的手卫生依从性都有所提高。

十、积极组织准备接受市卫监所和疾控中心

关于传染病上报、发热门诊、肠道门诊的管理检查，上半年共接受卫监所及市疾控中心的检查 5 次，对于检查中提出的各项问题如肠道门诊、发热门诊存在的问题、医院消毒供应中心、污水管理、医疗废物暂存点存在的问题积极上报医院领导，共同提出有效的整改措施。

十一、深刻认识存在的问题明确工作方向

上半年我院院感及传染病管理工作有序进行，取得了一定的成绩，管理工作日趋规范，对于好的方面，我们将继续发扬光大。然而存在的问题却不容忽视，上半年存在的问题如下：

1. 医院微生物室没有进行细菌耐药监测分析，对医院感染的诊断以及耐药菌反馈存在一定的影响。

3. 抗菌药物的使用管理欠规范。

4. 督查时发现有的科室医疗废物分类、收集、处置有时候分类不认真，卫生员有时候不使用专车专用运输容器运送，个人防护不注意。

5. 手卫生以及标准预防还要加强执行力和督查。

6. 传染病疫情报告还需加强管理，做到及时、准确无漏报。

7. 还有一些硬件方面的不足，比如污水处理设施、手卫生设施、干手设备等；因为无供应室，医疗器械清洗、消毒、流程不合理，医疗器械清洗设备欠缺等等。

8. 手术室整体布局结构的不规范，流程不合理，器械清洗设施设备的欠缺等等，也阻碍了标准的执行。

对于存在的问题加大力度及时落实整改措施，眼下新住院大楼即将投入使用，业务的增长迫切需要规范院感管理及传染病防控措施。在今后的工作中，我们要努力学习新知识，不断改进工作，总结经验，警钟长鸣，吸取前车之鉴，认真落实严格执行医院感染管理的各项规章制度，加强医院感染环节控制，预防医院感染的发生，把院内感染预防和控制工作做得更好。

医院感染管理小组年度工作总结 篇 7

在院领导和医院感染管理委员会及院感科的领导下，在兄弟科室的大力支持下，经过我科全体人员的共同努力，我科 20XX 院感工作取

得了一定的成绩，现将一年来的主要工作总结如下：

一、完善院感管理体系

根据医院及相关文件的要求及规定，成立了放射科医院感染管理小组，由科室副主任担任组长，并由一名医务人员担任监控医生，明确了院感管理小组职责和监控工程师职责，将院感工作视为科室首要任务，进一步完善院感管理体系。

二、加强院感知识培训

制定了《20XX年放射科感染管理年度工作计划》和《放射科感染管理年度培训计划》，并组织实施，及时修订措施。根据院感工作计划，每月组织一次院感知识培训学习，提高全科医务人员的院感意识，全年共进行院感培训十二次，培训率达100%。

三、强化环境监测管理

根据我科工作场所的特殊性，高防护、全封闭，空气滚动差，因此我科特别注重对工作环境的消毒监测，将消毒监测工作并入每天的交接班工作中，做到交班不遗忘、不漏项，并认真做好记录；同时，强化洗手合格率，洗手合格率达到100%。

四、加强对传染病管理

传染病往往是院内感染的一大隐患，为了控制病毒的传播，对来科室进行检查的传染病人，首先做好对职工的自我保护，事后，对该病人接触过的物品如床单等进行一人一换，并及时登记，及时上报，严格控制漏报率，我科一年无一例传染病漏报。

六、存在的不足

虽然本年度以来我科的院感工作取得了一定成绩，但还存在一定的不足：

1、对医院感染重要性认识不足，由于我科是辅助科室，病人在我科停留时间较短，且我科一般不对病人进行治疗，因此医务人员总认为医院感染不会在我科发生，存在认识上的麻痹性，对六步洗手法的掌握欠熟练。

2、对医院感染的理论掌握不透，由于对院感的认识上的不足，会造成对院感学习培训的不太重视，院感理论知识只在培训会上了解，

会后不注意举一反三的学习，导致在应对院感检查需要回答理论问题时，出现回答不全甚至答不上来的现象。

七、下一年度院感工作的改进方向

强化科室院感小组的管理力度，加强对院感知识的培训，将院感知识考核工作与职工年度考核相结合，进一步加强职工对院感工作重要性认识，为医院院感工作做出应有的贡献。

医院感染管理小组年度工作总结 篇8

为提高医院感染管理质量，进一步搞好医院感染管理工作，保障医疗安全，根据《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《医院感染监测规范》等有关文件和规定，在医院领导支持下，主要做好以下工作：

一、主要工作任务和措施

(一)、医院感染监测：

1、每月抽查出院病历，采取回顾性调查方法，对出院病人进行漏报率调查，减少医院感染漏报，逐步使医院感染病例报告制度化；

2、消毒灭菌效果监测及环境卫生学监测，每月循环对全院医疗部门空气、物表、工作人员手、消毒剂、灭菌剂、无菌物品等进行消毒效果监测。

3、继续对重点部门进行监控，特别是ICU、新生儿病房，加强三管的目标性监测；选一个手术切口为手术切口感染的目标性监测。

(二)加强质控检查，认真落实医院感染监控措施

开展医院感染管理质量检查，对医院的清洁消毒灭菌与隔离，无菌技术，医疗废物管理等工作提供指导。发现问题并及时反馈到临床科室，督促整改，持续改进，保障医疗安全。各临床科室按《医院感染管理质量检查及持续改进记录表》每月进行一次自查。进一步加强多部门联合检查力度，做好医院感染控制工作。

(三)加强重点部门的医院感染管理着重对供应室清洗、灭菌记录，手术室的消毒管理。

二、强化手卫生管理

根据《医务人员手卫生规范》，加强各级医务人员手卫生培训及

宣传，完善手卫生设施，提高医务人员手卫生意识和依从性。

三、加强医务人员职业防护管理

进一步培训，指导医务人员卫生安全职业防护工作，增强医务人员职业暴露防护意识，认真落实职业暴露防护措施，确保员工职业安全。

四、加强医院消毒药械及一次性医疗用品的审核工作。

定期对一次性医疗用品，消毒药械的使用及证件进行检查。

五、加强感染管理知识培训，提高医务人员院感意识，进行分层次医院感染知识培训。主要计划培训以下内容：

1、院感相关知识及个人防护知识。

2、对护理人员主要为无菌技术及消毒隔离知识，医疗废物管理等。

3、对全院人员进行手卫生，医疗垃圾的分类、职业暴露防护培训等。

4、新员工(包括实习生)岗前培训。

5、保洁人员职业防护培训。

医院感染管理小组年度工作总结 篇9

过去的一年，在院领导和医院感染管理委员会的领导下，院感科坚持以科学发展观为指导，坚持标本兼治、综合治理、惩防并举、注重预防的方针，以廉政文化建设为基础，以医德医风建设和制度建设为重点，紧紧围绕医疗中心工作，抓好党风廉政建设责任制落实，进一步完善长效机制，坚持以病人为中心，积极开展院感监控工作。严格按照《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《医疗废物管理条例》等法律法规和卫生部新颁布的行业标准，坚决纠正医药购销和医疗服务中的不正之风，采取多种措施，加强全院医护人员院感知识培训，提高全院医护人员院感意识，将院内感染率控制在较低水平，为医院的医疗质量保驾护航。对所有住院患者进行医院感染前瞻性调查，发现院内感染能及时准确报告。同时加强院感病例上报管理，出现医院感染病例时，加强监测与控制工作。无院感流行事件发生。一季度出一本院感简讯通报全院院感监控工作。

一、加强组织领导，确保医院感染管理工作顺利开展

认真贯彻落实《医院感染管理办法》，完善医院感染管理组织三级体系，由医院感染管理委员会、医院感染管理科和临床科室感染管理质控小组组成。院感科制定各阶层工作制度，各司其职。

二、完善管理制度，促进各项工作有效落实

依据新标准不断更新完善了本院《医院感染管理制度》，如消毒隔离制度，职业暴露防护制度，重点部门、重点科室管理制度、突发事件的应急预案等。我科定期检查制度落实情况，充分发挥制度的制约作用，使各项工作落到实处。

三、加强日常监测力度，提高数据分析准确性

1. 医院感染发生率监测：

(1) 1~12 月份采用前瞻性监测，监测住院病人 7656 例，院内感染 10 例，感染率为 0.13%，漏报 0 例，漏报率为 0%。

(2) 10 月份开展横断面调查，按照卫生部《医院感染管理办法》、《医院感染管理监测规范》要求，我科于 10 月 24 日在全院范围内开展了医院感染现患率调查，调查住院患者 502 人，实查率 100%，床旁调查 180 人，没有医院感染病例，感染率 0%。

2. I 类切口感染率监测：

1~12 月共监测 I 类手术 210 例，手术切口部位感染 0 例，I 类切口感染率为 0%。

3. 消毒灭菌效果及环境卫生学监测：根据《医院感染管理办法》、《医院消毒卫生标准》等有关规范要求，加强对各临床科室的消毒隔离，感染监控工作。每月对手术室、重症医学科、内镜室等重点科室的空气、物体表面、无菌物品、灭菌剂等进行监测，每季度对重点科室医务人员手以及消毒物品和消毒剂进行监测。1-12 月抽查采样 347 份，其中空气采样培养 83 份，物体表面采样培养 58 份，台面采样培养 72 份，医护人员手采样培养 51 份，消毒液采样培养 23 份，无菌物品（包括一次性无菌品抽查）49 份，合格率 100%。同时要求全院各临床科室对紫外线灯管强度进行监测，发现不合格及时更换，使其合格率达 100%。

4.每月对各类标本中细菌培养检出率进行统计，一季度汇总通报一次，1至12月送检标本数为2218例，共分离到776株细菌，阳性率34.99%。同时还开展留置导尿管、危重病人、ICU等危险因素监测。全年监管耐药菌病人144例，要求科室做好耐药菌病人消毒隔离工作，医师根据药敏结果使用抗生素。并每季度向全院临床科室公布耐药菌排序情况。

四、不断完善消毒隔离措施。

配合护理部做好全院消毒隔离工作，督促检查供应室作好全院集中消毒供应工作，做好手术室器械清洗消毒工作。

五、加强医疗废弃物管理，杜绝交叉感染。

进一步完善医疗废弃物处置的各项规章制度，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查，发现问题及时整改并反馈。并对保洁人员进行培训，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。

六、加强职业暴露管理，为个人防护保驾护航。

制定医务人员职业防护制度并有相关措施，基本措施包括：手卫生、标准预防、着装防护等等，在日常医疗活动中，根据各科室工作特点提供相应的防护用品，如口罩、帽子、手套、护目镜、防护面罩、防水围裙等，以保证医务人员的职业安全。

七、院感培训及考核

定期进行医院感染知识培训，参加人员为全院医护、医技、药剂及保洁人员，培训内容：院感基础知识、保洁人员职业防护及消毒隔离知识、医务人员手卫生规范、耐药菌病人消毒隔离等。

一年来院感科做了大量工作，但还存在很多不足之处，在新的一年里，继续做好各项监测工作，加强医务人员个人防护意识培训，加强手卫生知识学习，做好全院消毒隔离工作，杜绝医院感染发生。

医院感染管理小组年度工作总结 篇10

预防和控制医院感染是保证医疗质量和医疗安全的一项非常重要的工作，加强医院感染预防与控制工作，对于保障患者安全、提高医

疗质量、降低医疗费用具有重要意义，随着医学的发展及需要，医院感染防控工作已越被重视，现将我院院感科工作总结如下：

一、检查和指导医院感染管理规章制度的落实情况

20xx 年是我院创评〈一级〉争取申报〈二级〉骨科专科医院关键性的一年，我从 6 月份上班后，在院领导的关心、支持、重视下，由原来对院感工作一无所知到现在逐渐的了解不断深入，我院院感管理制度也由原来的不健全、不够规范、部分不符合医院实际情况未能及时更改、更新、纠正，后来在李总的带领下到二院参观学习，回来后将原来的制度经过多次的纠正、修改及添加，逐渐将院感管理制度健全起来，并将和各科室有关院感方面的制度发放到位并上墙，定期到各科室检查和指导医院感染管理制度的落实情况。

二、对医院感染及其相关危险因素，进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施。

我院原来开展的监测项目有：

- 1、住院部治疗室、换药室、门诊治疗室空气消毒效果监测（每月一次）。
- 2、手术室空气消毒效果监测：每月一次；
- 3、手术室医务人员手卫生监测：每月一次；
- 4、贮血冰箱空气监测；每季一次
- 5、消毒剂监测：每季度一次
- 6、污水监测：每季度一次。

20xx 年 9 月 19 日供应室通过市局组织专家检查验收合格后，10 月份开展了供应室各方面的监测，监测项目如下：

- 1、无菌物品无菌检验：每月一次；
- 2、环境表面细菌培养：每季度一次；
- 3、空气消毒剂效果监测：每季度一次；
- 4、医务人员手卫生监测：每季度一次；
- 5、高压蒸汽灭菌的生物监测：每周一次，送二院代做。

根据卫生部 20xx 年 4 月 5 日发布，20xx 年 8 月开始实施的医院空气净化管理规范 8-2-1 监测频度，医院应对高风险部门每季度对空

气与消毒质量监测；我院积极响应，从8月份起，大多数监测改为每季度一次。（高压蒸汽灭菌的生物监测除外，还是每周一次），每月一次工作小结，每季度一次分析、反馈并以书面形式报告给分管院长。

三、负责医疗废物暂存处的消毒与管理工作，并对医院的清洁、消毒灭菌、医疗废物管理等工作提供指导；

院感科负责人每日下基层督促清洁工每日将医疗废物暂存处打扫干净，并用4%—7%的84消毒液喷洒地面并做好登记，并检查保洁工人是否按病理性、药物性、损伤性医疗垃圾分类放置，并尽量不要溢出，对不明确分类的提供指导，危险废物由金川公司负责转运、回收，院感负责人要与金川公司交接好并负责登记，并对医院的清洁、消毒、灭菌等提供工作指导。

四、负责进行医院感染发病情况的监测，定期对医院环境卫生消毒、灭菌效果进行监督、监测、发现问题及时整改。

2012 处分 9 月 10 日已将医院感染病例监测登记报告制度、清水医院感染病例报告卡发放至临床科室、手术室、消毒供应室，并告知有感染病例及时填写好医院感染病例报告卡，报告给部门负责人，部门负责人立即电话或书面报告医院感染管理部门，医院感染管理部门接到报告后立即进行调查，经证实出现医院感染暴发疑似医院感染暴发时，应立即向分管院长汇报，从我6月份上班以来，暂未发现此案例发生。

五、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作；

院感科小组成员每月组织医务人员培训1次，培训内容有：

1、国家和本地区卫生行政部门有关医院感染管理的法律、法规、标准等；

2、预防和控制医院感染的目的、意义；

3、职业安全与个人防护；

4、医疗废物管理；

5、污水处理和排放工作。

培训的对象包括：医生、护士、医技人员、行政管理人员、后勤人员。

药规章制度，确诊为传染病的院感按《传染病防治法》的有关规定进行管理。

- 1、手术部位切口监测由于多方面原因未完全做到位；
- 2、介于我院特殊情况，院感科人员少，条件不成熟，有些院感方面消毒。

监测工作难以开展如：

- 1、供应室的压力蒸汽灭菌的生物监测，只能委托二院代做；
- 2、一旦出现疑似医院感染暴发情况，而我们实验室又不能开展病体的培养，而无法确定是否是医院感染暴发或疑似医院感染暴发；
- 3、今后加强药事管理委员会关于抗菌药物的应用管理、协助拟定合理用药有关规定。

医院感染管理小组年度工作总结 篇 11

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

;针对 xx 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。

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。

医院感染管理小组年度工作总结 篇 12

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

100% 。

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。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%

医院感染管理小组年度工作总结 篇 13

象想象的那么艰难我竭尽自己最大的努力，倾注最高的热情，踏实、勤奋地完成了一个月的工作。现将本月工作总结如下：

幼儿园的小朋友都属于孤独症儿童，他们还很小，不懂事。别说自理能力了，就连一点的纪律概念都没有，可以说是很乱。不是很好控制，针对这一情况，我认为我们园的纪律及自立能力要一起抓、同时抓。经过幼儿园半年多的努力，我们园的小朋友可以说进步很快，家长们反映也不错。自立能力方面：我坚持正面教育，对幼儿以表扬为主，强化他们的自我服务意识，改变他们的依赖思想。对幼儿好的行为或表现给予肯定，赞赏和鼓励，使幼儿能够更信心，更积极地做好事情，完成任务。而我们老师做到适时帮助，以提高幼儿的自立能力，并及时与家长沟通，争取家长配合。就纪律方面：对少部分幼儿出现的不良行为，我采取的是及时分析原因，该批评的批评，并给予适度的教育，采用正负强化结合的办法引导幼儿养成良好的行为习惯，慢慢的做到遵守纪律。

二、研读孩子，支持孩子的活动

我深深地体会到只有从孩子的角度去关注理解他们的生成活动，了解他们的需求，判断生成活动的价值，及时予以支持和提升。教师要研读孩子，关注孩子的言行，捕捉孩子稍纵即逝的兴趣点，并能读懂孩子的百种语言，理解孩子的探索行为。同时也要让孩子与环境相互作用，使孩子真正成为环境的主人，使环境真正为孩子教育服务。每个儿童都有不同的发展特点和水平。因此，在活动中，尽最大可能为孩子们提供丰富而有层次性的材料，提出不同的要求，以促进幼儿有差异的发展。例如在上精细课的时候有剪纸，对于能力较强的孩子，让他们使用剪刀，鼓励他们剪出老师画好的图形或沿直线剪纸，而相对能力差的幼儿，则降低难度，让他们撕纸等，主要激发他们参与活动的兴趣，又不失锻炼手部精细动作的机会。

三、真诚对待每位家长，加强家园沟通

家园沟通，教师与家长协力解决教育问题，提升对幼儿的关心，

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/588050115004006133>