

## 医院感染质量考核季度工作总结（共 5 篇）

### 第 1 篇：第一季度医院感染工作总结

#### 2021 年第一季度医院感染工作总结

2021 年第一季度医院感染管理科在院领导和院感染管理委员会的领导下，根据《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》和《传染病防治法》等有关文件与规定，制定相应的院内感染控制计划，并组织实施，及时监测效果，及时修订措施，使我院院内感染发生率控制在较好的范围内，无院内感染的暴发流行。现将第一季度主要工作总结如下：

#### 一、完善管理体系，发挥体系作用

1.为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，今年 1 月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，成立了医院感染管理科,完善了三级网络管理体系。在工作中，遇到需要多科室协调和配合时，及时汇报主管领导解决问题。

2.1 月份在感染管理委员会的倡议下和院领导的支持下,医院感染管理部分加入了我院的医疗护理质量督察中，制订了严厉的奖惩办法。

#### 二、医院环境监测方面

医院感染管理科与游仙区疾病预防控制中心、区卫生监督所签订了医院感染监测协议,定期对医院环境卫生学，消毒、灭菌效果进行监督、监测，及时汇总、分析监测结果，发现医院感染存在的危险因素，寻找有效的预防和控制办法。通过监测—控制—监测，最终减少和控制医院感染的发生，提高医疗护理质量。

2021年4月2日,游仙区疾病预防控制中心对我院手术室、供应室、注射室、换药室的空气、物表、器械、消毒液等共抽检了十三个样品,所采样品经检验,符合国家卫生标准率在92%以上,在今后应监督各科室严格按照消毒操作规程,采用正确的消毒方法,使符合国家卫生标准率达到100%。

### 三、病历监测

2021年1-3月份感染率监测:1-3月份共收治住院病人1292人,未发生一例感染,对全院1-3月份406例无菌切口进行感染率调查,未发生1例感染,感染率为0。

漏报率的监测:2021年第一季度,我院将医院感染管理纳入医疗护理质量管理,未出现一例医院感染病例漏报,漏报率为0。

### 四、积极参与医院建筑设计

1.根据卫生部《内镜清洗消毒技术操作规范(2021年版)》要求,配合医院及科室完成对胃镜室、支气管镜室建筑改造工作。

2.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,院领导同意并正付诸实施。此措施大大提高了我院医务人员的手卫生;建议治疗室和换药室的空气消毒全部采用动态紫外线循环风消毒机,同样得到支持并正积极加以落实。

3.积极参与新建消毒供应中心建筑及流程的设计。

4.根据《医疗废物管理条例》中第三章第十七条的有关规定,对我院的医疗废物暂存地进行了选址,并将具体方案和建筑要求提交院领导,得到院领导的批准。

## 五、加强医疗废物管理，规范下收制度。

1.促成全院各科室部门产生的医疗废物确定由指定人员下收工作的最终实施，并完成对下收专职人员进行必要的法律、法规和个人防护方面的培训。使得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。

2.重新设计医疗废物回收登记本，利于回收存档。

3.在 3 月份，区卫生监督所的医疗废物专项检查中，为我院加强医疗废物管理，规范下收制度,提出了进一步的整改意见,我科正在积极加以落实中。

## 六、重点科室、重点部位医院感染管理

1.定期抽查重点科室的感染管理，发现问题，主动与科主任或护士长沟通并督查改进。

2.定期查看中心静脉置管及留置导尿管病人情况，要求医务人员根据病人具体病情避免不必要的侵入性操作，减少导管留置日。

4.通过感染管理委员会，协调制定了 CSSD 与手术室的之间器械交接具体操作程序，修订了 CSSD 各区职责和标准作业程序以及清洗、消毒灭菌效果的监测

5.充分利用网络资源，通过卫生厅网站下载重点科室、重点部位医院感染 SOP,并下发到相应科室并对照执行。

## 七、多渠道开展培训，提高医务人员院感意识。

1.新职工培训对近三年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%；对新入院见习医生、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；

2.采取多种形式的感染知识的培训将集中培训与晨会科室培训有机结合，增加了临床医务人员的医院感染知识，提高院感意识。

3.筹划并组织一次“手卫生宣传月”活动。活动的主题为：“感染防控，“手”当其。通过宣传月活动，使大家认识到：洗手是预防医院感染最有效、最简单、最经济的方法；树立正确的观念，改变行为的模式，提供安全的服务。

## 八、完善医院感染管理考核制度

制订了医院各科室感染管理考核标准，完善对重点科室的定期院感督导检查，每月到各科室进行打分考评，做到及时发现问题并逐步整改。通过 1-3 月份的几次检查，发现院感控制重点科室各存在以下问题：

1．外科病房：科室院感管理控制小组活动记录不健全，病房环境整洁度有待提高，医务人员掌握院感知识需进一步加强，空气培养未做到每月一次，在收治病人时未使用速干性手消毒液，拖布无分开使用的标记等。

2．内科病房：同外科病房。

3．妇产科病房：同外科病房。

4．妇产科产房：除了存在病房同样的问题外，还存在每月无工作人员手、物体表面的

消毒效果生物监测培养及记录。接送病人未使用交换车。

5. 供应室：供应室的建设及布局流程、基础设施设备的配置还达不到“两规一标”的要求，科室院感管理控制小组活动记录不健全，灭菌效果还未进行生物学监测，预蒸锅未进行每日一次的BD测试及登记备案，操作各流程的质量控制体系记录未健全，无冲眼设施、防渗漏围裙等职业防护用品设备，一次性无菌医疗用品的存放条件不达标，无每月空气培养、医务人员手涂抹、灭菌物品采菌培养。

6. 库房：一次性使用无菌医疗用品的采购登记账册信息不全，未专门设置一次性无菌医疗用品库房，库房管理制度和出入库房登记制中度不健全，一次性无菌医疗用品的存放条件不符合要求。

7. 口腔科：布局不符合功能流程，无专用的器械清洗池，未配备洗消设备和速干性手消毒液，科室院感管理控制小组活动记录不健全，室内环境的清洁消毒及终末消毒未达到要求，无齐全的个人防护用品，口腔科器械灭菌未达到要求，消毒锅未做每周一次的生物学监测，灭菌器械的清洗流程及质量不符合WS310-2的要求，清洗时工作人员未按规范着装，无清洗培训上岗证，牙片室无门，无法进行放射防护，拖布无标记示分开使用。

8. 检验科：科室院感管理控制小组活动记录不健全，环境整洁度有待提高，操作台未做到每日用消毒液擦洗，未注重手卫生及个人防护，未备有冲眼器。

9. 输血科：科室院感管理控制小组活动记录不健全，试剂许可证未建档登记，环境清洁还未完全达到要求，储血冰箱消毒未做到每周一次，储血冰箱内壁未每月进行生物学检测，未建立定期体检制度，无每月空气培养、物体表面涂抹、医务人员手涂抹培养，拖布无标记。

10 . 注射输液室：治疗车物品清洁区、污染区分区不明显，未配快速手消毒剂，未做到每日更换床单或输液椅罩，做到有污染时随时更换，每月空气培养未做，拖布无标记。

11 手术室：科室院感管理控制小组活动记录不健全，接送病人未使用交换车，每月未做手术间、无菌物品存放间等空气、医务人员的手、物体表面涂抹培养及灭菌物品抽检培养，未及时清洁消毒机滤网并有记录，无麻醉剂消毒器。

游仙区第二人民医院

2021 年 4 月 12 日

第 2 篇：第一季度医院感染工作总结

2021 年医院感染工作总结

2021 年医院感染管理科在院领导和院感染管理委员会的领导下，根据《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》和《传染病防治法》等有关文件与规定，制定相应的院内感染控制计划，并组织实施，及时监测效果，及时修订措施，使我院院内感染发生率控制在较好的范围内，无院内感染的暴发流行。现将第一季度主要工作总结如下：

### 一、完善管理体系，发挥体系作用

1.为进一步加强医院感染管理工作，明确职责，落实任务，今年 1 月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，成立了医院感染管理科,完善了三级网络管理体系。在工作中，遇到需要多科室协调和配合时，及时汇报主管领导解决问题。

2.1 月份在感染管理委员会的倡议下和院领导的支持下,医院感染管理部分加入了我院的医疗护理质量督察中,制订了严厉的奖惩办法。

## 二、医院环境监测方面

医院感染管理科与疾病控制中心、区卫生监督所签订了医院感染监测协议,定期对医院环境卫生学,消毒、灭菌效果进行监督、监测,及时汇总、分析监测结果,发现医院感染存在的危险因素,寻找有效的预防和控制办法。通过监测—控制—监测,最终减少和控制医院感染的发生,提高医疗护理质量。

2021年4月2日,疾病控制中心对我院手术室、供应室、注射室、换药室的空气、物表、器械、消毒液等共抽检了十三个样品,所采样品经检验,符合国家卫生标准率在92%以上,在今后应监督各科室严格按照消毒操作规程,采用正确的消毒方法,使符合国家卫生标准率达到100%。

## 四、积极参与医院建筑设计

1.根据卫生部《内镜清洗消毒技术操作规范(2021年版)》要求,配合医院及科室完成对胃镜室、支气管镜室建筑改造工作。

2.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,院领导同意并正付诸实施。此措施大大提高了我院医务人员的手卫生;建议治疗室和换药室的空气消毒全部采用动态紫外线循环风消毒机,同样得到支持并正积极加以落实。

3.积极参与新建消毒供应中心建筑及流程的设计。

4.根据《医疗废物管理条例》中第三章第十七条的有关规定，对我院的医疗废物暂存地进行了选址，并将具体方案和建筑要求提交院领导，得到院领导的批准。

#### 五、加强医疗废物管理，规范下收制度。

1.促成全院各科室部门产生的医疗废物确定由指定人员下收工作的最终实施，并完成对下收专职人员进行必要的法律、法规和个人防护方面的培训。使得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。

2.重新设计医疗废物回收登记本，利于回收存档。

3.在3月份，区卫生监督所的医疗废物专项检查中，为我院加强医疗废物管理，规范下收制度,提出了进一步的整改意见,我科正在积极加以落实中。

#### 六、重点科室、重点部位医院感染管理

1.定期抽查重点科室的感染管理，发现问题，主动与科主任或护士长沟通并督查改进。

2.定期查看中心静脉置管及留置导尿管病人情况，要求医务人员根据病人具体病情避免不必要的侵入性操作，减少导管留置日。

4.通过感染管理委员会，协调制定了CSSD与手术室的之间器械交接具体操作程序，修订了CSSD各区职责和标准作业程序以及清洗、消毒灭菌效果的监测

5.充分利用网络资源，通过卫生厅网站下载重点科室、重点部位医院感染SOP,并下发到相应科室并对照执行。



## 七、多渠道开展培训，提高医务人员院感意识。

1.新职工培训对近三年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%；对新入院见习医生、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；

2.采取多种形式的感染知识的培训将集中培训与晨会科室培训有机结合，增加了临床医务人员的医院感染知识，提高院感意识。

3.筹划并组织一次“手卫生宣传月”活动。活动的主题为：“感染防控，“手”当其。通过宣传月活动，使大家认识到：洗手是预防医院感染最有效、最简单、最经济的方法；树立正确的观念，改变行为的模式，提供安全的服务。

## 八、完善医院感染管理考核制度

制订了医院各科室感染管理考核标准，完善对重点科室的定期院感督导检查，每月到各科室进行打分考评，做到及时发现问题并逐步整改。通过 1-3 月份的几次检查，发现院感控制重点科室各存在以下问题：

1．外科病房：科室院感管理控制小组活动记录不健全，病房环境整洁度有待提高，医务人员掌握院感知识需进一步加强，空气培养未做到每月一次，在收治病人时未使用速干性手消毒液，拖布无分开使用的标记等。

2．内科病房：同外科病房。

3．妇产科病房：同外科病房。

4. 妇产科产房：除了存在病房同样的问题外，还存在每月无工作人员手、物体表面的消毒效果生物监测培养及记录。接送病人未使用交换车。

5. 供应室：供应室的建设及布局流程、基础设施设备的配置还达不到“两规一标”的要求，科室院感管理控制小组活动记录不健全，灭菌效果还未进行生物学监测，预蒸锅未进行每日一次的BD测试及登记备案，操作各流程的质量控制体系记录未健全，无冲眼设施、防渗漏围裙等职业防护用品设备，一次性无菌医疗用品的存放条件不达标，无每月空气培养、医务人员手涂抹、灭菌物品采菌培养。

6. 库房：一次性使用无菌医疗用品的采购登记账册信息不全，未专门设置一次性无菌医疗用品库房，库房管理制度和出入库房登记制中度不健全，一次性无菌医疗用品的存放条件不符合要求。

7. 口腔科：布局不符合功能流程，无专用的器械清洗池，未配备洗消设备和速干性手消毒液，科室院感管理控制小组活动记录不健全，室内环境的清洁消毒及终末消毒未达到要求，无齐全的个人防护用品，口腔科器械灭菌未达到要求，消毒锅未做每周一次的生物学监测，灭菌器械的清洗流程及质量不符合WS310-2的要求，清洗时工作人员未按规范着装，无清洗培训上岗证，牙片室无门，无法进行放射防护，拖布无标记示分开使用。

8. 检验科：科室院感管理控制小组活动记录不健全，环境整洁度有待提高，操作台未做到每日用消毒液擦洗，未注重手卫生及个人防护，未备有冲眼器。

9. 输血科：科室院感管理控制小组活动记录不健全，试剂许可证未建档登记，环境清洁还未完全达到要求，储血冰箱消毒未做到每周一次，储血冰箱内壁未每月进行生物学检测，未建立定期体检制度，无每月空气培养、物体表面涂抹、医务人员手涂抹培养，拖布

无标记。

10 . 注射输液室：治疗车物品清洁区、污染区分区不明显，未配快速手消毒剂，未做到每日更换床单或输液椅罩，做到有污染时随时更换，每月空气培养未做，拖布无标记。

11 手术室：科室院感管理控制小组活动记录不健全，接送病人未使用交换车，每月未做手术间、无菌物品存放间等空气、医务人员的手、物体表面涂抹培养及灭菌物品抽检培养，未及时清洁消毒机滤网并有记录，无麻醉剂消毒器。

### 第 3 篇：第季度医院感染管理质量分析

#### 2021 年第一季度医院感染管理质量分析

一季度监测情况：一季度总出院人数 1331 人，无院内感染病例，无漏报，一季度医院共手术 372 例，其中一类切口 125 例，二口 243 例，三口 4 例，均无感染，出院病人抗菌素应用人数为 1013 人，出院病人抗菌素使用率为%，超出二级医院标准，每月己将医院感染率及抗生素应用情况反馈给各科室。 检查情况： 主要成绩: 手术室：布局合理，洁污分清，墙壁光滑，能湿式打扫，每天按照层流要求开机消毒及清洁通风口滤网，一季度环境卫生学监测细菌培养合格。无菌物品摆放整齐，无菌物品抽样细菌培养合格, 消毒液及外科手抽样监测合格。

病区：各病区治疗室、换药室、处置室布局合理，洁污分清，无菌物品按日期依次放入专柜，每日进行空气消毒有记录，病房洁净，每天能开窗通风，医疗废弃物能做到称重交接，记录清楚，双人签字。各病区抗生素管理不规范，使用率高。

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/868022134060006035>