

## 医院感染管理制度 10 项

### 第一篇：医院感染管理制度 10 项

#### 医院感染管理制度-10 项

##### 一、医院感染管理制度

1. 医院要认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施细则》及《医院感染管理办法》的有关规定，医院感染管理是院长重要的职责，是医院质量与安全管理工作的重要组织部分；

2. 定期讨论在贯彻医院（医院感染部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。

3. 住院床位总数在 100 张以上的医院应当设立医院感染管理委员会和独立的医院感染管理部门。住院床位总数在 100 张以下的医院应当指定分管医院感染管理工作的部门。其他医疗机构应当有医院感染管理专（兼）职人员，建立与完善医院感染突发事件应急管理程序与措施。

4. 医院要制定和实施医院感染管理与监控方案、对策、措施、效果评价和登记报告制度，确定临床预防和降低医院感染的重点管理项目，并作为医院质量管理的重要内容，定期或不定期进行核查。5. 将对医务人员的消毒、隔离技术操作定期考核与医院感染管理指标的完成情况，纳入定期科室医疗质量管理与考核的范围，并定期向医务人员与管理部门通报。

6. 建立医院感染控制的在职教育制度，定期对医院职工进行预防医院感染的宣传与教育。

7. 医院须规范消毒、灭菌、隔离与医疗废物管理工作，严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度，要加强感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等重点部门的医院感染管理与监测工作。

8.执行《抗菌药物临床应用指导原则》，提高抗菌药物临床合理应用水平。制定和完善医院抗菌药物临床应用实施细则，坚持抗菌药物分级使用。开展临床用药监控，实施抗菌药物用量动态监测及超常预警，对过度使用抗菌药物的行为及时予以干预。

9.应当按照《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的规定对医疗废物进行有效管理，并有医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故的应急方案。

## 二、医院感染监测管理制度

1.医院感染管理办公室必须对病人开展医院感染监测，以掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制提供科学依据。

2.医院感染管理办公室应采取前瞻性监测方法进行全面综合性监测。每月对监测资料进行汇总、分析，每季度向院长、医院感染管理委员会书面汇报和反馈。

3.每年对监测资料进行评估，开展医院感染的漏报调查，调查样本量应不少于每年监测人数的10%，漏报率低于20%。4.对医院感染病原体分布及其抗感染药物的敏感性进行监测。5.有条件的医院可开展目标性监测。监测目标应根据本院的特点、医院感染的重点和难点决定。

6.对重点部位医院感染（呼吸机相关性肺炎、留置导尿管所致尿路感染、血管内导管所致血行感染、手术部位感染）制定监控指标。7.消毒灭菌效果的监测

医院必须对消毒、灭菌效果定期进行监测。灭菌效果合格率必须达到100%，不合格物品不得进入临床使用部门。监测方法执行《医院消毒技术规范》。进入人体无菌组织、器官或接触破损皮肤、黏膜的医疗用品和接触皮肤、黏膜的医疗用品，应符合《医院消毒卫生标准》8.血液透析室：必须每月对入、出透析器的透析液进行监测。当疑有透析液污染或严重感染病例时，应增加采样点，如原水口、软化水出口、反渗水出口、透析液配液口等，并及时进行监测。当检查结果超过规定标准值时，须再复查。9.环境卫生学的监测

环境卫生学监测：包括对空气、物体表面和医护人员手的监测。手术室、重症监护病房、产房、母婴室、新生儿病房、骨髓移植病房、血液病房、血液透析室、供应室无菌区、治疗室、换药室等重点部门进行环境卫生学监测。当有医院感染流行，怀疑与医院环境卫生学因素有关时，应及时进行监测。监测方法按国家规定，卫生标准符合国家规定。

### 三、医院感染的消毒隔离制度

1. 医务人员必须遵守消毒灭菌原则，进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌；接触皮肤粘膜的器具和用品必须消毒。用过的医疗器材和物品，应先去污染，彻底清洗干净，再消毒或灭菌；其中感染症病人用过的医疗器材和物品，应先消毒，彻底清洗干净，再消毒或灭菌。所有医疗器械在检修前应先经消毒或灭菌处理。

2. 根据物品的性能选用物理或化学方法进行消毒灭菌。耐热、耐湿物品灭菌首选物理灭菌法；手术器械及物品、各种穿刺针、注射器等首选压力蒸气灭菌；油、粉、膏等首选干热灭菌。不耐热物品如各种导管、精密仪器、人工移植物等可选用化学灭菌法，如环氧乙烷灭菌等，内窥镜可选用环氧乙烷灭菌或2%戊二醛浸泡灭菌。消毒首选物理方法，不能用物理方法消毒的方可选化学方法。

3. 化学灭菌或消毒，可根据不同情况分别选择灭菌、高效、中效、低效消毒剂。使用化学消毒剂必须了解消毒剂的性能、作用、使用方法、影响灭菌或消毒效果的因素等，配制时注意有效浓度，并按要求进行监测。更换灭菌剂时，必须对用于浸泡灭菌物品的容器进行灭菌处理。

4. 病人使用的吸氧装置、雾化吸入器、氧气湿化瓶、呼吸机面罩、管路和婴儿温箱等要一人一用一消毒，用毕终末消毒并干燥保存于消毒物品柜内。湿化瓶应为灭菌水，每日更换或消毒。呼吸机的螺纹管、湿化器、接头、活瓣通气筏等可拆卸部分应定期更换消毒。5. 手部皮肤的清洁和消毒执行卫生部《消毒技术规范》（2002年版）。6. 地面的清洁与消毒：地面应湿式清扫，保持清洁；当有血迹、粪便、体液等污染时，应即时以含氯消毒剂消毒，消毒剂浓度按要求配制。拖洗

工具应有不同使用区域的标识，使用后应先消毒、洗净、再晾干。

7. 医院应在实施标准预防的基础上，根据不同情况，对感染病人采取相应隔离措施。

#### 四、消毒药械管理制度

1. 医院感染管理委员会负责全院使用的消毒、灭菌药械的监督管理。2. 医院感染管理科（办公室）按照国家有关规定，对拟购入的消毒、灭菌药械的资质进行审核，并具体负责医院消毒、灭菌药械的购入、存储和使用进行监督、检查和指导。

3. 医院感染管理科负责对消毒、灭菌药械使用效果进行抽查，对存在的问题及时汇报医院感染管理委员会并提出改进措施。

4. 采购部门应根据临床需要和医院感染管理委员会的对审核意见进行采购，按国家规定查验所需证件，监督进货质量。

5. 医院必须建立消毒、灭菌药械的采购和出入库登记制度并由专人负责。

6. 医院自配消毒药时，应建立消毒剂使用登记册，登记配制浓度、配制日期、有效日期、操作人姓名等内容，并严格按照无菌技术操作程序和所需浓度配制。

7. 医院使用消毒器械时也应建立使用登记册，登记消毒对象、消毒时间、操作者和定期消毒效果的监测结果以备查验。

8. 使用部门应严格按照消毒、灭菌药械的使用范围、方法、注意事项；掌握消毒、灭菌药械的使用浓度、配制方法、消毒对象、更换时间、影响因素等，发现问题及时报告医院感染管理科。

9. 禁止医院使用过期、淘汰、无合格证明的消毒、灭菌药械。

#### 五、一次性使用无菌医疗用品管理制度

1. 医院所用一次性使用无菌医疗用品必须统一采购，临床科室不得自行购入和试用。一次性使用无菌医疗用品只能一次性使用。2. 医院感染管理办公室认真履行对一次性使用无菌医疗用品的采购管理、临床应用和回收处理的监督检查职责。

3. 医院采购的一次性无菌医疗用品的三证复印件应在医院感染管理办公室备案，即《医疗器械生产许可证》、《医疗器械产品注册证》

《医疗器械经营许可证》，建立一次性使用无菌医疗用品的采购登记制度。

4.在采购一次性使用无菌医疗用品时，必须进行验收，除订货合同、发货地点及货款汇寄帐号应与生产企业和经营企业相一致，查验每箱（包）产品的检验合格证，内外包装应完好无损，包装标识应符合国家标准，进口产品应有中文标识。

5.医院设置一次性使用无菌医疗用品库房，建立出入库登记制度，按失效期的先后存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，禁止与其它物品混放，不得将标识不清、包装破损、失效、霉变的产品发放到临床使用。

6.临床使用一次性无菌医疗用品前应认真检查，若发现包装标识不符合标准，包装有破损、过效期和产品有无不洁等不得使用；若使用中发生热原反应、感染或其它异常情况时，应立即停止使用，并按规定详细记录现场情况，必须及时留取样本送检，均应及时报告医院感染管理办公室。

7.医院发现不合格产品或质量可疑产品时，应立即停止使用，并及时报告药品监督管理部门，不得自行作退、换货处理。

8.一次性使用无菌医疗用品使用后，按国务院《医疗废物管理条例》规定处置。

9.对骨科内固定器材、心脏起搏器、血管内导管、支架等植入性或介入性的医疗器械，必须建立详细的使用记录。记录必要的产品跟踪信息，使产品具有可追溯性。器材条形码应贴在病历上。

## 六、医疗废物管理制度

1.医院应应当按照《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的规定对医疗废物进行严格的管理，未经消毒或无害化处理，不得排放、清淘或作农肥。

2.医院必须设置污水、污泥处理装置，并有专人负责。

3.污水处理人员必须经过岗前培训，正确掌握有关卫生知识及设备操作技术。

4.处理后的污水、污泥应符合国家《医院污水排放标准》，并定

期检测。

5.化学毒性废物的管理遵照《危险化学品安全管理条例》执行。放射性废物的管理遵照《放射性同位素与射线装置放射防护条例》执行。

## 七、医院感染的分级防护管理制度

1.根据卫生部《医院感染管理规范》及《消毒技术规范》制定以下内容：

1.1 工作人员上岗着装符合要求（工作帽、白衣，必要时戴口罩、手套、隔离裤、隔离鞋、防护镜、防护面罩）。

1.2 工作人员的发生医院感染事件以及锐器伤、化学烧伤及时报告医院感染管理办公室应立即报告医院感染管理办公室。

1.3 在进行消毒工作时工作人员应采取自我防护措施，防止因消毒操作不当可能造成的人身伤害。

2.各类人员均应严格执行医院感染管理制度，做好个人防护和公共环境的保护，完成操作或离开工作区域时应及时摘手套，严禁工作人员穿工作服进入食堂、宿舍和医院外环境。3.医院感染实行分级防护的原则 3.1基本防护

适用对象：在医院传染病区、发热门(急)诊以外的从事诊疗工作的医护技人员

防护配备：白大衣、工作裤、内层圆领工作服、工作鞋、戴工作帽和医用口罩。

防护要求：按照标准预防的原则。3.2 加强防护

防护对象：进行接触血液、体液、排泄物、分泌物等可视污染物的操作时的医、护、技人员；进入传染病区的医护技工作人员；传染病流行期间的发热门诊、SARS 病房的工作人员(医、护、技、工、勤)；转运疑似 SARS 和临床诊断 SARS 病人的医务人员如司机。着装要求：在基本防护的基础上根据诊疗危险程度，使用以下防护用品。隔离衣（进入传染病区时）、防护镜（进入传染病区时，进行可能被体液飞溅操作时）、外科口罩（进入传染病区时）、手套（医技人员皮肤破损或接触体液、血液可能污染时）、面罩（有可能被体液、血液分泌

物喷溅时、鞋套（进入传染病房或病区）。3.3 严密防护 防护对象：进行有创操作如给呼吸道传染病病人进行气管插管、切开吸痰时。

防护要求：在加强防护的基础上，可使用面罩。

#### 八、预防重点部位医院感染的制度 1.呼吸机相关性肺炎

1.1 严格执行人工机械通气的适应症，只有在必要时才能使用，早用早脱机，尽量采用无创通气的措施。

1.2 有人工机械通气操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。1.3 对建立人工气道患者，有严格的无菌操作规程。

1.4 重复使用的呼吸回路管道、雾化器，达到灭菌或高水平消毒要求，每周更换 1~2 次，回路管道如有明显分泌物污染则及时更换。

1.5 联接呼吸机的管道上的冷凝水应及时引流、倾去，并有制度保证。

1.6 定期进作重点部位病原学检查，在符合“呼吸机相关性肺炎”诊断标准时，应在 4 小时内获得抗菌药治疗，72 小时无效重复病原学检查。

1.7 有完整的操作与观察处置记录。

1.8 有呼吸机相关性肺炎（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

#### 2.血管内导管所致血行感染

2.1 严格执行留置血管内导管的适应症，只有在必要时才能使用，并尽早拔除。

2.2 有留置血管内导管（尤其是中心静脉导管和周围动脉导管）的操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。

2.3 应用半透明的半浸透性的聚亚安酯敷料，覆盖纱布或覆膜变湿、弄脏时，能及时更换。

2.4 三通锁闭保持清洁，发现污垢或残留血迹时，能及时更换。

2.5 定期进作重点部位病原学检查，在符合“血管内导管所致血行感染”诊断标准时，应在 4 小时内获得抗菌药治疗，72 小时无效重复病原学检查。

2.6 有完整的操作与观察处置记录。

2.7 有导管相关血流感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

### 3. 留置导尿管所致尿路感染

3.1 严格执行留置导尿管的适应症，只有在必要时才能使用，并尽早拔除。

3.2 有留置导尿管的操作常规、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训，使其能够熟知和严格遵循。

3.3 插管时应注意无菌操作，动作轻柔，避免损伤，正确固定导尿管，并采用连续密闭的尿液引流系统。

3.4 导尿管与集尿袋的接口不要輕易脱开。应保持尿流不受阻断的引流。

3.5 不使用抗菌药物作连续膀胱冲洗预防感染。集尿袋低于膀胱水平，不接触地面。

3.6 保持会阴部清洁干燥，尤其是尿道口。

3.7 定期进作重点部位病原学检查，采集尿标本作培养时，应在导尿管远端接口处用无菌空针抽取尿液，在符合“留置导尿管所致尿路感染”诊断标准时，应及时获得治疗，72 小时无效重复病原学检查。

3.8 有完整的操作、观察与处置记录。

3.9 有留置导尿管所致尿路感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

### 4. 手术部位感染

4.1 择期手术病人，术前住院日应少于 3 天，I 切口手术前有感染症状的应暂缓手术。

4.2 如无指征，应术前洗澡，并使用抗菌皂。

4.3 避免不必要的术前备皮。或在手术当天或手术室内备皮。备皮采用不损伤皮肤的脱毛方法。

4.4 严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》中有关围手术期性抗菌药物的使用规范要求使用抗菌药。

4.5 有手术切口护理和引流的操作规程，并严格实施；换药应严格无菌操作技术。

4.6 按照手术风险程度（NNIS）分级登记手术术后感染，有手术

部位感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。5.血液净化（透析）相关感染

5.1 严格执行血液净化（透析）的适应症，只有在必要时才能使用。

5.2 有血液净化（透析）的操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。5.3 血液透析机与水处理设备应符合国家产品质量规定的要求。5.4 严格按照血液透析器及管路产品说明使用，对可重复使用的产品，有严格的操作与检测规范，定期进行病原学检查，有完整的监测记录

5.5 有完整的血液净化所致的相关感染应急管理预案与处理程序。

5.6 透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。

5.7 有血液净化（透析）所致相关感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

九、医院感染管理委员会的职责 1.认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施；

2.根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见； 3.研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价；

4.研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、重点部位、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任；

5.研究并制定本医院发生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；

6.建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；

7.根据本医院病原体特点和耐药现状,配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见；

8.其他有关医院感染管理的重要事宜。

## 员主要职责

1. 定期讨论在贯彻医院（医院感染部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。

2. 对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导；

3. 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； 4. 对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告；

5. 对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导；

6. 对传染病的医院感染控制工作提供指导；

7. 对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导； 8. 对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理；

9. 对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作； 10. 参与抗菌药物临床应用的管理工作；

11. 对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核； 11. 组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作；

12. 完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

## 医院感染管理制度

一、为认真贯彻《中华人民共和国传染病防治法》、《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《消毒管理办法》有关规定，我院成立医院感染管理小组，全面领导我院感染管理工作。

二、建立健全我院感染工作，以住院病人和院内工作人员为监测对象，统计医院感染发病率；严格执行医院感染监控实施方案、对策、措施、效果评价和登记报告制度，定期或不定期进行核查。

三、分析评价医院感染病例报告资料，及时采取有效措施，减少

四、加强医院感染管理的宣传教育，提高医护人员的监控水平。

五、协调全院各科室的院内感染监控工作，提供业务技术指导和咨询；加强医院感染的业务培训，做好技术指导工作。

六、加强医务人员的医疗护理实践管理，预防医务人员的感染，加强职业防护教育，提高防护意识，做好自我防护。

七、出现医院感染流行或暴发趋势时，采取相应的控制措施积极控制。

## 2、医院感染培训制度

一、感染管理科每年年初必须制定出该的培训计划。

二、全院医务人员、行管人员及工勤人员都必须积极参加预防、控制医院感染相关知识的继续教育课程和学术交流活动；

三、不定期对全院医务人员、行管人员以及工勤人员进行一次有针对性的医院感染知识的培训活动。

四、感染管理专职人员必须加强医院感染的业务学习。

五、临床科室不定期进行医院感染知识的业务学习，时间不少于1学时，根据各科室的医院感染发生情况和特点，提出有针对性的可行的措施，降低本科室的医院感染发病率。

六、感染管理小组每月对全院医院感染知识的掌握及执行情况进行检查考核。及时发现问题，针对薄弱环节再进行有针对性的培训。

## 3、医院感染病例监测、报告制度

一、各临床科室必须对住院病人开展医院感染病例感染监测。

二、明确诊断后，由经治医生于24小时内报告医院感染管理小组，同时在出院病例首页院内感染名称栏内填写医院感染疾病名称，并且认真填报“医院感染病例报告卡”。

四、感染管理小组于每月30日后到各临床科室收集情况并签收。

五、确诊为传染病的医院感染病例，尚需按《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定进行报告。

## 4、洗手制度

一、全院医护人员在下列情况下必须认真按照“六步洗手法”清

:

(一)直接接触病人前后，接触不同病人之间，从同一病人身体的污染部位移动到清洁部位时，接触特殊易感病人前后；

(二)接触病人黏膜、破损皮肤或伤口前后，接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料之后；

(三)进行无菌操作前后，处理清洁、无菌物品之前，处理污染物品之后；

(四)当医护人员的手有可见的污染物或者被病人的血液、体液污染后。

二、医护人员洗手时应当彻底清洗容易污染微生物的部位，如指甲、指尖、指甲缝、指关节等，洗干净的手不得配戴饰物。

三、医护人员使用肥皂洗手时，必须保证肥皂干燥。禁止将肥皂直接浸泡在不漏水的肥皂盒中

#### 各科室人员职责

一、负责发现和报告感染病例。

二、熟练掌握医院感染诊断标准。

三、积极配合感染管理小组人员工作，反馈和上报有关信息。

四、宣传、学习医院感染和监控知识，有关感染管理规章制度。

五、协助值班人员对感染患者进行治疗，掌握抗生素使用情况，实施合理使用抗生素规则。

六、相互学习，相互督促，积极配合，动员全科人员认真做好医院感染预防和监控工作。

七、积极协助医院感染管理小组人员开展工作，协调与病区医、护、患者之间关系。

八、督促医院感染管理各项规定，制度、计划、措施的贯彻与落实，及时反馈有关信息。

九、按上级业务部门的要求做好医院感染微生物监测标本的收集，把好质量关，不弄虚作假。

十、实施消毒隔离工作制度，指导乡村医生工作。文秘 114 版权所有

控制感染。

十二、保管和整理好医院感染有关资料，并负责保密。

医院感染管理小组职责

一、负责本院感染管理的各项工作，根据本院感染的特点，制定管理制度并组织实施。

二、对医院感染病例及感染环节进行监测，采取有效措施，降低本院感染发病率；发现有医院感染流行趋势时，及时报告，并积极协助调查。

三、监督检查本院抗感染药物使用情况。

四、组织本院预防、控制医院感染知识的培训。

五、督促本院人员执行无菌操作技术、消毒隔离制度。

六、做好对乡村医生卫生员、陪住、探视者的卫生学管理。

医院感染管理制度范文

1. 医院要认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施细则》及《医院感染管理办法》、《消毒管理办法》的有关规定，医院感染管理是院长重要的职责，是医院质量与安全管理工作的重要组织部分；医院成立院内感染控制委员会，全面领导院内感染管理工作。

2. 建立健全院内感染监控网，以医院住院病人和工作人员为监测对象，统计住院病人感染率。

3. 院感科定期或不定期深入各科病房及重点科室工作，做空气、物体表面、工作人员手的微生物监测，督促检查预防院内感染工作。

4. 医院要制定和实施医院感染管理与监控方案、对策、措施、效果评价和登记报告制度，确定临床预防和降低医院感染的重点管理项目，并作为医院质量管理的重要内容，定期或不定期进行核查。

5. 把对医务人员的消毒、隔离技术操作定期考核与医院感染管理指标的完成情况，纳入定期科室医疗质量管理与考核的范围，并定期向医务人员与管理部门通报。

建立医院感染控制的在职教育制度，定期对医院职工进行预防医院感染的宣传与教育。

7. 医院须规范消毒、灭菌、隔离与医疗废物管理工作，严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度，要加强感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等重点部门的医院感染管理与监测工作。

8. 执行《抗菌药物临床应用指导原则》，提高抗菌药物临床合理应用水平。制定和完善医院抗菌药物临床应用实施细则，坚持抗菌药物分级使用。开展临床用药监控，实施抗菌药物用量动态监测及超常预警，对过度使用抗菌药物的行为及时予以干预。

9. 应当按照《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的规定对医疗废物进行有效管理，并有医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故的应急方案。

## （二）医院感染监测管理制度

1. 医院感染管理办公室必须对病人开展医院感染监测，以掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制提供科学依据。

2. 医院感染管理办公室应采取前瞻性监测方法进行全面综合性监测。每月对监测资料进行汇总、分析，每季度向院长、医院感染管理委员会书面汇报和反馈。

3. 每年对监测资料进行评估，开展医院感染的漏报调查，调查样本量应不少于每年监测人数的10%，漏报率低于20%。

4. 对医院感染病原体分布及其抗感染药物的敏感性进行监测。

5. 有条件的医院可开展目标性监测。监测目标应根据本院的特点、医院感染的重点和难点决定。

6. 对重点部位医院感染（呼吸机相关性肺炎、留置导尿管所致尿路感染、血管内导管所致血行感染、手术部位感染）制定监控指标。

7. 消毒灭菌效果的监测

医院必须对消毒、灭菌效果定期进行监测。灭菌效果合格率必须

100%，不合格物品不得进入临床使用部门。监测方法执行《医院消毒技术规范》。进入人体无菌组织、器官或接触破损皮肤、黏膜的医疗用品和接触皮肤、黏膜的医疗用品，应符合《医院消毒卫生标准》

## 8. 环境卫生学的监测

环境卫生学监测：包括对空气、物体表面和医护人员手的监测。手术室、重症监护病房、产房、母婴室、新生儿病房、骨髓移植病房、血液病房、血液透析室、供应室无菌区、治疗室、换药室等重点部门进行环境卫生学监测。当有医院感染流行，怀疑与医院环境卫生学因素有关时，应及时进行监测。监测方法按国家规定，卫生标准符合国家规定。

### （三）医院感染的消毒隔离制度

1. 医务人员必须遵守消毒灭菌原则，进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌；接触皮肤黏膜的器具和用品必须消毒。用过的医疗器材和物品，应先去污染，彻底清洗干净，再消毒或灭菌；其中感染症患者用过的医疗器材和物品，应先消毒，彻底清洗干净，再消毒或灭菌。所有医疗器械在检修前应先经消毒或灭菌处理。

2. 根据物品的性能选用物理或化学方法进行消毒灭菌。耐热、耐湿物品灭菌首选物理灭菌法；手术器械及物品、各种穿刺针、注射器等首选压力蒸气灭菌；油、粉、膏等首选干热灭菌。不耐热物品如各种导管、精密仪器、人工移植物等可选用化学灭菌法，如环氧乙烷灭菌等，内窥镜可选用环氧乙烷灭菌或2%戊二醛浸泡灭菌。消毒首选物理方法，不能用物理方法消毒的方可选化学方法。

3. 化学灭菌或消毒，可根据不同情况分别选择灭菌、高效、中效、低效消毒剂。使用化学消毒剂必须了解消毒剂的性质、作用、使用方法、影响灭菌或消毒效果的因素等，配制时注意有效浓度，并按要求进行监测。更换灭菌剂时，必须对用于浸泡灭菌物品的容器进行灭菌处理。

4. 病人使用的吸氧装置、雾化吸入器、氧气湿化瓶、呼吸机面罩、管路和婴儿温箱等要一人一用一消毒，用毕终末消毒并干燥保存于消

毒物品柜内。湿化瓶应为灭菌水，每日更换或消毒。呼吸机的螺纹管、湿化器、接头、活瓣通气筏等可拆卸部分应定期更换消毒。

5.手部皮肤的清洁和消毒执行卫生部《消毒技术规范》（2002 年版）。

6.地面的清洁与消毒：地面应湿式清扫，保持清洁；当有血迹、粪便、体液等污染时，应即时以含氯消毒剂消毒，消毒剂浓度按要求的配制。拖洗工具应有不同使用区域的标识，使用后应先消毒、洗净、再晾干。

7.医院应在实施标准预防的基础上，根据不同情况，对感染病人采取相应隔离措施。

#### （四）消毒药械管理制度

1.医院感染管理委员会负责全院使用的消毒、灭菌药械的监督管理

2.医院感染管理科（办公室）按照国家有关规定，对拟购入的消毒、灭菌药械的资质进行审核，并具体负责医院消毒、灭菌药械的购入、存储和使用进行监督、检查和指导。

3.医院感染管理科负责对消毒、灭菌药械使用效果进行抽查，对存在的问题及时汇报医院感染管理委员会并提出改进

### 第四篇：医院感染管理制度

#### 一、医院感染管理制度

1、建立健全医院感染管理组织（医院感染管理委员会、医院感染管理科、科室医院感染管理小组），认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施细则》、《医院感染管理办法》及《消毒技术规范》等有关规定，并认真履行各项职责，制定与完善医院感染突发事件的应急程序与措施。

2、医院要根据有关规定制定医院感染的诊断、预防、消毒、灭菌、隔离与医疗废物管理等工作程序。

3、医院要制定和实施医院感染管理与监督方案、对策、措施、效果评价和登记报告制度，并将医院感染管理纳入医院医疗质量管理与考核的重要内容。

4、医院要加强消毒隔离工作，做好感染性疾病科、临床检验部门和消毒供应室等重点部门的医院感染管理与监测工作。

5、医院感染管理部门协同有关科室监督、执行《抗菌药物临床应用指导原则》、制定和完善医院抗菌药物临床应用实施细则，坚持抗菌药物分级使用。开展临床用药监控，实施抗菌药物用量动态监测及超常预警，对过度使用抗菌药物的行为及时予以干预，提高抗菌药物临床合理应用水平。

6、应当按照《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构废物管理办法》、《医疗废物的分类》的规定对医疗废物进行有效管理，并有医疗废物流失、泄露、扩散和意外事故的应急方案。

7、医院建立全员医院感染控制培训教育制度，定期对医院在职职工和新职工进行预防医院感染的宣传教育与培训。

## 二、医院感染管理委员会会议制度

1、医院感染管理委员会会议召开的目的是及时发现医院在医疗活动中存在的医院感染问题，正确给予指导，增强医院感染管理工作的科学性、预见性，针对各部门反馈的信息，协调工作，保障医疗质量和医疗安全。

2、医院感染管理委员会定期召开例会，研究、协调和解决有关医院感染管理方面的重大事项。会议由（医院）感染委员会主任主持，全体委员参加。

3、医院感染管理委员主要议定的事项：

（1）根据有关的法律、法规，制订全院控制医院感染的规划和管理制度；（2）参与医院消毒药、械的购入，并对其购入、使用、保管进行监督管理；（3）对照医院感染控制的标准，对医院的扩建、改建和新建提出建设性意见；

（4）对医院感染管理科拟定的全院感染管理工作计划进行审定，对其工作进行考评；

（5）遇到紧急问题和突发事件随时召开会议，讨论处理措施及应急预案。

## 三、医院感染管理科工作制度

1、在院长及医院感染管理委员会的领导下，开展医院感染管理的各项工作。

2、负责拟定医院感染管理工作计划，提交医院感染管理委员会审定后，组织实施；负责拟定科室医院感染管理工作制度，并督促执行。

3、定期开展现患率及前瞻性调查，有目的、有计划地开展高危人群、高危因素及多重耐药菌的目标性监测，发现问题及时分析评估，总结经验教训，对工作进行持续改进。

4、每季度对重点部门进行环境卫生学监测，每半年对全院紫外线灯强度进行一次监测。紫外线强度照射，照射指示卡监测法，每2个月进行一次监测。

5、每月对全院医院感染管理进行一次综合质量考核，其结果与科室绩效挂钩。

6、经常深入科室了解情况，协调科室间医院感染各项工作，发现问题及时解决。

7、发生医院感染暴发流行时，及时向院长、业务副院长以及相关卫生行政部门请示报告；并组织人员进行现场采样和流调，分析原因，迅速采取切实可行的控制措施。

8、对购入消毒药械、一次性使用医疗卫生用品严把准入关，不合格产品严禁进入医院。对其储存、使用及使用后的处理进行监督。

9、对重点科室、重点部位及多重耐药菌定期进行监测，并将医院感染监测

信息反馈到科室，对临床抗菌药物的应用、消毒隔离等方面提出指导性意见。

10、认真落实医院感染的教育培训计划，不断强化医务人员的无菌观念，提高无菌技术操作水平；加强医院感染诊断的培训，提高感染病例的鉴别和上报率。

11、做好医疗废物管理工作，定期对全院各科室医疗废物分类、收集、运送、暂存情况进行监督、检查、指导。

12、加强传染病管理，预防和控制其在医院内的传播。

四、医院感染暴发报告制度

1、按国家卫生部《医院感染管理办法》的要求，对本医院内发生3例同种同源或5例以上临床症候群相似或怀疑有相同感染源感染的，个临床医院感染管理小组必须立即报告院感科。

2、医院感染管理科接到报告应于2小时内报告主管院长，协调医务科、护理部、检验科等相关部门参与调查及救治工作。

3、经调查证实发生医院感染暴发时，医院应于12小时内报告当地卫生行政管理部门及疾控部门。

4、临床科室必须及时查找原因，协助调查，对感染病人进行隔离并采取相应消毒措施，切断感染途径。

5、确诊为传染病的病例，按《传染病防治法》有关规定进行管理和报告。

6、医院感染管理科必须进行流行病学调查处理，证实流行或暴发计算罹患率，查找感染源，查找引起感染的原因，确定传播途径，制定、组织、落实控制措施，分析调查资料，写出调查报告。

7、调查报告及时报主管院长，以便进一步采取措施，降低医院感染造成的危害。

8、其他医院发生医院感染流行或暴发时，应对本院同类潜在危险因素进行调查并采取相应措施。

#### 五、医院感染监测管理制度

1、医院感染管理科必须对病人开展医院感染监测，以掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控

制提供科学依据。

2、医院感染管理科应采取前瞻性监测方法进行全面综合性监测。每月对监测资料进行汇总、分析，每季度向院长、医院感染管理委员会书面汇报和反馈。

3、每年对监测资料进行评估，开展医院感染的漏报调查，调查样本量不少于每年应监测人数的10%，漏报率低于20%。

4、对医院感染病原体分布及其抗感染药物的敏感性进行监测，定期向全院反馈。

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/876111031004010231>